

**Zufriedenheit von Eltern
mit der Behandlung ihres Kindes
in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik**

eine Nachbefragung

Thomas Schunck
2009

Aus der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
der Ludwig- Maximilians- Universität München
Direktor: Prof. Dr. Gerd Schulte- Körne

**Zufriedenheit von Eltern
mit der Behandlung ihres Kindes
in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik**

eine Nachbefragung

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig Maximilians- Universität zu München

vorgelegt von
Thomas Schunck
aus Eupen, Belgien
2009

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. R. Frank

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. Anne Maria Möller-Leimkühler
Priv. Doz. Dr. Susanne Krauss-Etschmann

Dekan: Prof. Dr. Dr. h.c. Maximilian Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 19.02.2009

INHALTSVERZEICHNIS

TABELLENVERZEICHNIS	III
---------------------------	-----

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	III
-----------------------------	-----

1	EINLEITUNG	1
1.1	DEFINITION , AUFGABEN UND ORGANISATION DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE DES KINDES- UND JUGENDALTERS	1
1.2	DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG	2
1.3	LEITFADEN ZUR QUALITÄTSBEURTEILUNG IN PSYCHIATRISCHEN KLINIKEN (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 1996)	3
1.4	FRAGEBÖGEN ZUR BEURTEILUNG DER BEHANDLUNG (FBB) VON (MATTEJAT UND REMSCHMIDT 1998)	6
1.4.1	<i>Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt</i>	7
1.5	THEMENSTELLUNG	8
1.5.1	<i>Vorgehen bei der Befragung</i>	9
1.6	ZIELSETZUNG	10
1.7	FRAGESTELLUNGEN	12
2	MATERIAL UND METHODEN.....	13
2.1	SETTING DER KLINIK UND POLIKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE	13
2.2	ERHEBUNGSINSTRUMENTE	13
2.2.1	<i>Die Basisdokumentation</i>	13
2.2.2	<i>Der Elternfragebogen FBBm</i>	14
2.2.3	<i>Der Verhaltensfragebogen</i>	19
2.3	STICHPROBENBESCHREIBUNG	21
2.3.1	<i>Geschlecht</i>	21
2.3.2	<i>Alterseinteilung zum Zeitpunkt der Vorstellung</i>	21
2.3.3	<i>Alter zum Zeitpunkt der Befragung (2002)</i>	21
2.3.4	<i>Nationalität</i>	22
2.3.5	<i>Familiäre Situation</i>	22
2.3.6	<i>Schichtzugehörigkeit</i>	23
2.3.7	<i>Schulbildung</i>	24
2.3.8	<i>Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter</i>	26
2.3.9	<i>Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik</i>	35
2.3.10	<i>Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation</i>	36
2.3.11	<i>Beratungs- und Behandlungskontakte</i>	37
2.3.12	<i>Behandlungsepisoden</i>	37
2.4	AUSWERTUNGSKONZEPT	38
2.4.1	<i>Fehlende Daten</i>	38
2.4.2	<i>Deskriptive Darstellung der Häufigkeiten der Einzelfragen</i>	38
2.4.3	<i>Einflussvariablen der Elternzufriedenheit</i>	38
2.4.4	<i>Bivariate Auswertung</i>	39
2.4.5	<i>Multivariate Auswertung</i>	39
2.5	DATENERHEBUNG	40
2.5.1	<i>Antworthäufigkeiten</i>	40
2.5.2	<i>Telefonaktion</i>	40
3	ERGEBNISSE	42
3.1	ÜBERPRÜFUNG DER GRUPPE DER NICHTANTWORTER	42
3.2	ELTERNZUFRIEDENHEIT MIT DER BERATUNG	43
3.2.1	<i>Häufigkeiten nicht beantworteter Fragen</i>	50
3.2.2	<i>Die Antworten auf die offenen Fragen</i>	51
3.3	VERHALTENSEINSCHÄTZUNG DURCH DIE ELTERN BEI DER NACHBEFRAGUNG	54

3.3.1	Gesamtwert für das Problemverhalten.....	54
3.3.2	Internalisierende Störungen.....	55
3.3.3	Externalisierende Störungen.....	56
3.4	3-JAHRES-LANGZEITVERLAUF (1999/2000 BIS 2002) - AUS SICHT DER ELTERN	57
3.4.1	Verhalten und Entwicklungsverlauf.....	61
3.4.2	Einfluss der Prädiktoren auf die Elternzufriedenheit.....	62
3.4.3	Prädiktoren der Ausgangsstichprobe (Basisdokumentaion)	63
3.4.4	Zusammenhang zwischen Verhaltensfragebogen und Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung	64
3.5	MULTIVARIATE VARIANZANALYSE.....	65
3.5.1	Ergebnisse der Varianzanalyse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung (Skala 1)	66
3.5.2	Ergebnisse der Varianzanalyse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung (Skala 2)...	67
3.6	FAZIT DER VARIANZANALYSE:.....	68
4	DISKUSSION	69
4.1	EINLEITUNG	69
4.2	EIGENE STICHPROBE	69
4.3	EINFLUSSVARIABLEN IM STICHPROBEN-VERGLEICH.....	71
4.3.1	Häufigste Diagnosen unserer ambulanten Stichprobe verglichen mit der stationären Stichprobe von Marburg	72
4.4	ANTWORTVERHALTEN	74
4.5	PUBLIKATIONEN ZUR ZUFRIEDENHEIT MIT DER BEHANDLUNG	75
4.6	ZUFRIEDENHEIT IM STICHPROBENVERGLEICH	80
4.6.1	Gesamtzufriedenheit.....	80
4.6.2	Teil-Zufriedenheiten.....	80
4.7	EINFLUSSVARIABLEN UND ZUFRIEDENHEIT	83
4.7.1	Alter.....	83
4.7.2	Familiäre Belastung.....	83
4.7.3	Verhaltensbeurteilung	84
4.7.4	Vergleich der bivariaten und multivariaten Ergebnisse:	84
4.7.5	Zufriedenheit: Prozess- und Ergebnisqualität im Vergleich	85
4.7.6	Zufriedenheit: Qualitative Aussagen.....	87
4.8	ZUFRIEDENHEIT: UNTERSCHIEDLICHE BETRACHTUNGSEBENEN JUGENDLICHE/ELTERN	88
4.9	ENTWICKLUNG -LANGZEITVERLAUF AUS SICHT DER ELTERN: VERGLEICH DER AKTUELLEN WERTE (VERHALTENSFRAGEBOGEN 2002) MIT DEN WERTEN BEI AUFNAHME DES PATIENTEN (VERHALTENSFRAGEBOGEN 1999/2000)	90
4.10	JUGENDHILFE- EFFEKTE- STUDIE (BUNDESMINISTERIUM 2002).....	91
4.11	AUSBLICK	93
4.11.1	Stärken.....	93
4.11.2	Schwächen	94
5	LITERATURVERZEICHNIS	95
6	ANHANG.....	98
6.1	ANSCHREIBEN AN DIE ELTERN	98
6.2	ERSTES ERINNERUNGSSSCHREIBEN	99
6.3	ZWEITES ERINNERUNGSSSCHREIBEN	100
6.4	FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER BEHANDLUNG (FBB) (MATTEJAT UND REMSCHMIDT 1998).....	101
6.5	MODIFIZIERTER FRAGEBOGEN ZUR BEURTEILUNG DER BEHANDLUNG (FBBM)	102
6.6	EINFLUSSVARIABLEN DER BASISDOKUMENTATION.....	103
7	ZUSAMMENFASSUNG	105
	LEBENS LAUF.....	107

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragebögen der Münchner Studie zur Zufriedenheit 1999/2000	9
Tabelle 2: Fragen zur Beurteilung der Behandlung	17
Tabelle 3: Beruf und Schichtangehörigkeit der Eltern für den Zeitraum 1999-2000	23
Tabelle 4: Schultyp und Alter der Patienten.....	24
Tabelle 5: Schultyp	25
Tabelle 6: Klinisch psychiatrische Syndrome: Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen und andere Störungen.	28
Tabelle 7: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus	32
Tabelle 8: Behandlungsergebnis aus Sicht der Therapeuten bezüglich der Symptomatik.....	35
Tabelle 9: Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation	36
Tabelle 10: Antwortverhalten * MAS-Achse VI - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung.....	42
Tabelle 11: Beurteilung der Behandlung durch die Eltern (FBBm)	53
Tabelle 12: Entwicklung - Langzeitverlauf.....	58
Tabelle 13: Vergleich der aktuellen Werte des Verhaltensfragebogens mit den Werten bei Aufnahme des Patienten.....	60
Tabelle 14: Einfluss der Prädiktoren auf die Elternzufriedenheit.....	62
Tabelle 15: Varianzanalyse: Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung (Skala 1).....	65
Tabelle 16: Varianzanalyse: Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung (Skala 2).....	67
Tabelle 17: Diagnosen: Stichprobenvergleich München - Marburg.....	72
Tabelle 18: Stichprobenvergleich anhand der Zufriedenheiten München, Marburg und Hildesheim.....	81
Tabelle 19: Unterschiedliche Betrachtungsebenen Eltern/ Jugendliche	89
Tabelle 20: Einfluss des Alters auf die Zufriedenheit der Jugendlichen.....	103
Tabelle 21: Einfluss des Alters auf die Zufriedenheit der Eltern.....	103
Tabelle 22: Einfluss der familiären Belastung auf die Elternzufriedenheit.....	104

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ausgangs- Stichprobe für die Münchner Studie zur Zufriedenheit 1999/2000.....	8
Abbildung 2: Modellbildung Qualitätssicherung	11
Abbildung 3: Rücklaufraten	41
Abbildung 4: Behandlungszufriedenheit: Rangreihe	49
Abbildung 5: Verhaltensfragebogen: Gesamtwert für das Problemverhalten	54
Abbildung 6: Verhaltensfragebogen: Internalisierende Störungen.....	55
Abbildung 7: Verhaltensfragebogen: Externalisierende Störungen.....	56
Abbildung 8: Teilstichprobe: Sichtweise der Eltern.....	57
Abbildung 9: Entwicklungsverlauf - Langzeitverlauf.....	59

NACHBEFRAGUNG ZUR ZUFRIEDENHEIT VON ELTERN MIT DER BEHANDLUNG IHRES KINDES

VORWORT

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit und der Zufriedenheit der Eltern mit der Behandlung/Beratung ihres Kindes ist ein Teil der Qualitätssicherung der Behandlung.

1 EINLEITUNG

1.1 Definition , Aufgaben und Organisation der Qualitätssicherung in der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters

Die Beurteilung von Ergebnissen medizinischer Behandlungsverfahren hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Neben der Analyse der Morbidität und der Mortalität hat die Art und Weise, wie erkrankte Menschen ihren Gesundheitszustand erleben, als Bewertungskriterium von Therapien an Bedeutung gewonnen.

Der Begriff "Qualität" bringt diese veränderte Sichtweise schlagwortartig in den Vordergrund.

Neu ist der Versuch, den Arzt- Patient- Kontakt im Rahmen des Qualitätsmanagements und der Qualitätskontrolle zu messen. Gleichzeitig steht der Begriff "Qualität" auch im Zusammenhang mit gesundheitspolitischen Entwicklungen.

Der Anteil älterer und chronisch kranker und langfristig behandlungsbedürftiger Menschen nimmt stetig zu; gleichzeitig erzwingen notwendige Sparmaßnahmen in fast allen Gesundheitssystemen der westlichen Welt einen ökonomischen Umgang mit Ressourcen.

Im Anschluss an Eichhorn (Projekträgerchaft „Forschung im Dienste der Gesundheit“, 1993) können die Begriffe Qualität, Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung wie folgt definiert werden: **„Qualität ist die Gesamtheit der Merkmale, die ein Produkt oder eine Dienstleistung zur Erfüllung vorgegebener Forderungen geeignet macht.“** Davon ausgehend bedeutet Qualitätsbeurteilung, Abweichungen zwischen der Soll- Ausprägung der die Qualität determinierenden Merkmale zu erkennen, festzustellen und zu erfassen.

Aufgabe einer darauf aufbauenden Qualitätssicherung ist es dann, durch eine systematische Analyse die Ursachen von Soll- / Ist- Abweichungen aufzudecken und diese dann durch Einleitung geeigneter Korrekturmaßnahmen zu beseitigen, mit dem Ziel, gegenwärtig bestehende Qualitätsdefizite künftig zu vermeiden.“ Aus dieser Definition ist ersichtlich, dass „Qualität“ kein absolutes Merkmal darstellt; sondern nur im Hinblick auf bestimmte Ziele definiert werden kann.

Die aktuelle Diskussion zu Fragen der Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie hat in der Bundesrepublik Deutschland ihre gesetzliche Grundlage im Sozialgesetzbuch (Sozialgesetzbuch 1988). Durch diese gesetzliche Regelung soll den Interessen der Patienten ebenso Rechnung getragen werden wie denen der kassenärztlichen Vertragspartner.

Schließlich soll die Qualitätssicherung den Patienten vor fachlich unqualifizierten Behandlungen schützen und jedem Patienten eine optimale Behandlung auf modernem Entwicklungsstand ermöglichen.

1.2 Dimensionen der Qualitätssicherung

Es können drei Dimensionen der Qualitätssicherung unterschieden werden:

1. Der inhaltliche Aspekt der Qualitätssicherung : *Die Strukturqualität sowie die Prozess- und Ergebnisqualität.*
2. Bereiche der Qualitätssicherung : *Diagnostik, Therapie, Aus- und Weiterbildung.*
3. Die Aufgaben im Prozess der Qualitätssicherung : *Standards, Erfassung/Analyse, Vergleich, Planung/Implementierung.*

Organisatorisch kann Qualitätssicherung z.B. durch die Einrichtung von Qualitätszirkeln oder Qualitätskommissionen gefördert werden, in denen Kollegen über Standards diskutieren, Einzelfallanalysen durchführen, statistische Daten interpretieren und eine praxisnahe Fortbildung betreiben. Qualitätsstandards sind notwendig und dienen als allgemeine Standortbestimmung und als praktische Orientierungshilfe, sie können die Transmission zwischen Forschung und Praxis erleichtern, sie können zur Festlegung von Ausbildungsstandards herangezogen werden, sie fördern den Wechsel von schulen- orientierter hin zu störungsorientierter Behandlung und sie dienen schließlich als Prüfkriterien für die Qualität der klinischen Arbeit .

1.3 Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken (Bundesministerium für Gesundheit 1996)

Um eine aussagekräftige Beurteilung der psychiatrischen Praxis im Hinblick auf deren Qualität zu erreichen, müssen das Behandlungsergebnis, der Behandlungsprozess und seine Rahmenbedingungen konkret und differenziert betrachtet werden.

Die psychiatrische Behandlung für Erwachsene und auch für Kinder und Jugendliche umfasst eine Vielzahl von Tätigkeiten und Tätigkeitsfeldern, die sich in der Praxis auf einem ganz unterschiedlichen qualitativen Stand befinden können.

Für eine differenzierte Beurteilung der Qualität und eine daraus folgende Qualitätsmanagementstrategie sind deshalb die Qualitätsanforderungen für jeden Teilbereich der Behandlung einzeln zu bewerten.

Die folgenden patientenbezogenen "Bereiche" dienen dazu, ein umfassendes Bild der Gesamtqualität zu ermöglichen und als Ansatzpunkt, um Qualitätsfördernde Strategien zu finden.

1. Aufnahmeverfahren

- Ablauf vom Erstkontakt mit der Klinik bis zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs/Aufnahmediagnostik/Verwaltung.
- Ist die problemorientierte Behandlungsentscheidung hinreichend?
- Erfährt der Patient genügend Akzeptanz/einführendes Verhalten/Wertschätzung von Seiten der Therapeuten/Institution?

2. Diagnostik

- Ist die Anamnese vollständig?
- Wurde das psychosoziale Lebensumfeld des Patienten miteinbezogen?
- Wurden entwicklungspsychologische Prozesse berücksichtigt?
- Ist die Befunderhebung und die differentialdiagnostische Abklärung vollständig?
- Können die Patienten ihre Erkrankung jetzt besser verstehen?

3. Allgemeine und spezielle Psychotherapie und Gespräche

Die Art und Weise, wie freie Gespräche verlaufen, bestimmt wesentlich das Klima einer Behandlungseinheit, den Umgang miteinander, die Atmosphäre und das Gefühl von Verständnis, Respekt und Achtung.

- Fühlen sich die Eltern/das Kind angenommen?
- Ist der Patient mit dem Ausmaß, der Art und den Inhalten der mit ihm geführten Gesprächen zufrieden?
- Sind die speziellen Psychotherapieverfahren Patientenorientiert?

4. Hilfen in Bezug auf Beschäftigung und Schule

- Wurde die Belastungsfähigkeit des Patienten genügend berücksichtigt?

- Wurden die Beschulungs- und Behandlungsaktivitäten genügend aufeinander abgestimmt?
- Wurde dem Jugendlichen die Möglichkeit zur Durchführung der Berufsschulpflicht im Rahmen der ihm möglichen Belastung gegeben?
- Wurden Maßnahmen der beruflichen Bildung, der Berufsorientierung und der Berufsfindung vorbereitet und der Belastbarkeit des Jugendlichen angepasst?
- Konnte die Motivations- und Entschlusskraft gestärkt werden?
- Wurden konkrete, realistische Perspektiven aufgezeigt und vorbereitet?
- Fühlt sich der Patient aufgrund der Behandlung auf dem Weg der Wiedereingliederung gefestigt?

5. Hilfen in Bezug auf soziale Kontakte und Freizeit

- Wurde die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit gefördert?
- Wurde berücksichtigt, inwieweit bestehende soziale Kontakte aufgrund der Erkrankung gestört sind?
- Wurde den Bezugspersonen Hilfen zum Verständnis und zur Konfliktbearbeitung angeboten?
- Wurden spezielle Interessen gefördert bzw. Antriebsstörungen überwunden?
- Wurde das soziale Umfeld ausreichend berücksichtigt?

6. Umgang mit den Angehörigen

- Wurden die Angehörigen in den Therapieprozess miteinbezogen?
- Wurden die Angehörigen genügend aufgeklärt über die Erkrankungen/haben sie genügend Verständnis bezüglich Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten?
- Gewährleisten bzw. fördern die Rahmenbedingungen der Klinik die Einbeziehung der Angehörigen? (Z.B. telefonisch, räumlich, zeitlich, atmosphärisch, klare kontinuierliche Zuständigkeiten).
- Hatten die Angehörigen den Eindruck, dass die Mitarbeiter auf ihre Anliegen eingehen?
- Sind Arzt und Therapeuten für Angehörige problemlos zu erreichen?
- Steht ein störungsfreier Raum für Gespräche zur Verfügung?

7. Beziehungsgestaltung/Bezugspersonengestaltung

- Fühlen sich die Eltern/Sorgeberechtigten ernstgenommen und in ihrer Verantwortung akzeptiert?
- Fühlt sich der Patient als Person (statt als Symptomträger) akzeptiert?
- Wird die Individualität und Unterschiedlichkeit des Patienten berücksichtigt?

8. Behandlungs- und Pflegeplanung

- Ist der Patient bereit, sich im Wiedererkrankungsfalle wieder in dieser Behandlungseinheit behandeln zu lassen?
- Haben sich die Angehörigen positiv über die Behandlung geäußert?
- War der Patient mit dem Ausmaß seiner Einbindung in die Behandlungsplanung zufrieden?
- Wurden Beobachtungen, Wünsche und Klagen des Patienten beachtet und für die Planung berücksichtigt?
- Waren die Angehörigen mit dem Ausmaß ihrer Einbindung in die Behandlungs- und Pflegeplanung zufrieden?
- Wurden Beobachtungen, Wünsche und Klagen der Angehörigen beachtet und für die Planung berücksichtigt?
- Können die Sorgeberechtigten Behandlungsmaßnahmen ablehnen bzw. Alternativen wählen?

9. Milieugestaltung

- Meinung zur Gestaltung des Behandlungsraums

10. Öffentlichkeitsarbeit/Verhalten ehemaliger Patienten sowie ihrer Angehörigen

- Besuch von Veranstaltungen der Klinik?
- Inanspruchnahme von Beratung in Krisensituationen?
- Inanspruchnahme von Nachbetreuung?
- Bereitschaft zur Rückkehr bei Rezidiv?

11. Vertretung der Interessen von Patienten

- Können Wünsche, Einwände, Beschwerden von Patienten oder von dessen Interessensvertretern geäußert werden

12. Erreichbarkeit

- Ist die tägliche Wegstrecke bei ambulanter Behandlung zu überwinden?
- Wie ist die telefonische Erreichbarkeit?

1.4 Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von (Mattejat und Remschmidt 1998)

Die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) sind ein Instrument zur Therapieevaluation und zur Qualitätssicherung bei psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien.

Durch die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung werden grundlegende Aspekte der *Qualität von psychiatrischen und psychotherapeutischen Therapien mit Kindern, Jugendlichen und Familien* erfasst.

Die Fragebögen sollen ermitteln, wie positiv bzw. wie negativ der Behandlungsverlauf und -erfolg von verschiedenen Beurteilern eingeschätzt wird, und wie zufrieden die verschiedenen Beurteiler mit der Behandlung sind. Durch den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) wird die subjektive Beurteilung bzw. Bewertung der Behandlung und die Behandlungszufriedenheit erfasst. Er ist nicht auf eine bestimmte Therapieform begrenzt und kann im stationären und im ambulanten Bereich eingesetzt werden.

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) existiert in drei Versionen, einer **Therapeuten-Version**, einer **Patienten-Version** und einer **Elternversion**.

Bei allen Beurteilergruppen lassen sich zwei Hauptaspekte identifizieren:

- Der Aspekt der **Prozessqualität** (Qualität des Behandlungsverlaufes).
- Der Aspekt der **Ergebnisqualität** (Qualität des Behandlungserfolges)

In erster Linie sind die Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung für die Qualitätssicherung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und verwandten Einrichtungen gedacht, sie können aber auch in Forschungsprojekten zur Therapieevaluation eingesetzt werden.

Sie sind so konzipiert, dass sie bei allen Behandlungsmodalitäten und bei unterschiedlichen Therapiemethoden und -settings anwendbar sind.

In der Regel werden die Fragebögen unmittelbar nach Abschluss der Therapie angewandt, sie können jedoch auch in katamnestischen Untersuchungen eingesetzt werden.

Der Elternfragebogen besteht aus 21 Fragen mit einer fünfstufigen Likert-Skalierung.

Die ermittelten Faktoren wurden den Bereichen **Beziehung Patient-Therapeut**, **Erfolg der Behandlung** und **Unerwünschte Wirkungen der Behandlung bzw. Rahmenbedingungen der Behandlung** für den jugendlichen Patienten und dessen Eltern zugeordnet.

Die Fragen werden für diese Bereiche jeweils im Mittel zusammengefasst (*Siehe Auswertungskonzept von Mattejat und Remschmidt im Anhang*).

Die Autoren haben das Konzept anhand der Faktorenanalyse überprüft.

Gütekriterien wurden an einer Stichprobe stationärer Patienten (Projektstichprobe n=89) der Marburger Klinik bestimmt.

Die Reliabilität, gemessen als Maß der inneren Konsistenz, wurde mit Cronbachs Alpha > 0,80 als gut eingestuft.

An einer weiteren "Klinikstichprobe" von n= 584 und "Qualitätssicherungs-Stichprobe" von n= 114 ergaben sich ebenfalls Cronbachs- Alpha- Werte > 0,80.

Nach Angaben des Testhandbuches stimmen die Ergebnisse aller drei Stichproben gut überein und zeigen, " dass die FBB- Skalen bei allen Beurteilern eine relativ hohe innere Konsistenz aufweisen...Die Konsistenzanalysen zeigen demnach, dass die FBB- Skalen in sich relativ homogen sind und das Reliabilitätskriterium der inneren Konsistenz gut erfüllen."

Nach 11 und 37 Monaten nach der Entlassung der Patienten wurden Pearson- Korrelationen mit Werten von 0,36 bis 0,79 erzielt (Mattejat und Remschmidt 1998).

Die Validität wurde auf Grund inhaltlicher Überlegungen als gut eingestuft.

Laut Mattejat und Remschmidt zeigen die Ergebnisse, dass der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) ein verlässliches Verfahren ist, mit dem die Behandlungsbeurteilungen subjektiv valide erfasst werden können.

1.4.1 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat & Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) berücksichtigt folgende Bereiche des „Leitfadens zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken“:

- **Aufnahmeverfahren:** Ob der Patient genügend Akzeptanz/einführendes Verhalten/Wertschätzung von Seiten der Therapeuten/Institution erfährt.
- **Allgemeine und spezielle Psychotherapie und Gespräche:** Ob sich die Eltern/das Kind angenommen fühlen.
- **Hilfen in Bezug auf Beschäftigung und Schule:** Ob die Belastungsfähigkeit des Patienten genügend berücksichtigt wird.
- **Umgang mit den Angehörigen:** Ob die Angehörigen in den Therapieprozess miteinbezogen werden, ob die Angehörigen genügend aufgeklärt werden über die Erkrankungen und genügend Verständnis bezüglich Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten entwickeln.
- **Beziehungsgestaltung/Bezugspersonengestaltung:** Ob sich die Eltern/Sorgeberechtigten ernst genommen und in ihrer Verantwortung akzeptiert fühlen.
- **Behandlungs- und Pflegeplanung:** Ob sich die Eltern positiv über die Behandlung geäußert haben, ob die Angehörigen mit dem Ausmaß ihrer Einbindung in die Behandlungs- und Pflegeplanung zufrieden waren und ob Beobachtungen, Wünsche und Klagen der Angehörigen beachtet und für die Planung berücksichtigt werden.
- **Vertretung der Interessen von Patienten:** Ob Wünsche, Einwände, Beschwerden von Patienten oder von dessen Interessensvertretern geäußert werden konnten.

Der für die eigene Untersuchung modifizierte Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) erfasst ebenfalls die obengenannten Bereiche unter Ergänzung des Bereichs **Erreichbarkeit** mit einer Frage zur telefonischen Erreichbarkeit des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1.5 Themenstellung

Aufgrund der allgemeinen, öffentlichen Diskussion über Qualitätsverbesserungen und des großen Interesses der Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Zufriedenheit der Patienten und deren Eltern mit der Beratung, sowie die Zufriedenheit der behandelnden Ärzte und involvierten Jugendhilfe-Beteiligten zu ermitteln, entstanden vier parallele Arbeiten:

- *"Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung"* (Finsterer 2008)
- *"Zufriedenheit von Eltern mit der Behandlung ihres Kindes in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung"* (Thomas Schunck)
- *"Zufriedenheit von behandelnden Ärzten mit der Behandlung ihres Patienten und der Kooperation mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung"* (Belda Karamete)
- *"Zufriedenheit von Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kooperation an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik – eine Nachbefragung "* (Katharina Barbara Hemmer)

Diese vier parallele Arbeiten bilden die „**Münchner Studie zur Zufriedenheit 1999/2000**“. Die Ausgangsstichprobe für die Studie bestand aus insgesamt 138 Familien.

Abbildung 1: Ausgangs- Stichprobe für die Münchner Studie zur Zufriedenheit 1999/2000

ZUFRIEDENHEIT			
AN DER KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHEN POLIKLINIK IN MÜNCHEN			
AUSGANGS- STICHPROBEN DER VIER ARBEITEN	ELTERN- STICHPROBE	135*	138 FAMILIEN DER JAHRE 1999/2000
	PATIENTEN- STICHPROBE	96**	
	ÄRZTE- STICHPROBE	121	
	JUGENDHILFE- STICHPROBE	45	

* 3 junge Erwachsene gaben keine Zustimmung zur Befragung ihrer Eltern
(hier liegt nur der Fragebogen für Jugendliche vor)

**1 Patient war verstorben
(hier liegt der Eltern- Fragebogen vor)

1.5.1 Vorgehen bei der Befragung

Für die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und Jungen Erwachsenen erfolgte eine Elternbefragung mit Hilfe unseres **modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm)** und des **Verhaltensfragebogens (Verhaltenscheckliste (CBCL) nach Achenbach (4-18 Jahre))**.

Die Jugendlichen erhielten außerdem einen **modifizierten Jugendlichenfragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBmJ)** und den **Youth Self Report (YSR / 11-18 Jahre)**.

Die jungen Erwachsenen erhielten ebenfalls einen **modifizierten Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBmJE)** und den **Adult Self Report (ASR ab 18 Jahre)**.

Die Befragung der behandelnden Ärzte und involvierten Jugendhilfe-Beteiligten erfolgte mit den von Karamete und Hemmer konzipierten **Fragebögen 1** und **Fragebögen 2**.

Tabelle 1: Fragebögen der Münchner Studie zur Zufriedenheit 1999/2000

	JUGENDLICHEN- BEFRAGUNG	ELTERN- BEFRAGUNG	ÄRZTE- BEFRAGUNG	JUGENDHILFE- BEFRAGUNG
KINDER UNTER 11 JAHREN	—	CBCL FBBM	FRAGEBOGEN 1	FRAGEBOGEN 2
JUGENDLICHE ZWISCHEN 11 UND 18 JAHREN	YSR FBBmJ	CBCL FBBM		
JUNGE ERWACHSENE ÜBER 18 JAHRE	ASR FBBmJE	CBCL FBBM		

FBBm: Modifizierter Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (Eltern)

FBBmJ: Modifizierter Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
(Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren)

FBBmJE: Modifizierter Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung
(Junge Erwachsene über 18 Jahre)

CBCL: Verhaltensfragebogen (Verhaltenscheckliste nach Achenbach (4-18 Jahre))

YSR: Youth Self Report (11-18 Jahre)

ASR: Adult Self Report (ab 18 Jahre)

1.6 Zielsetzung

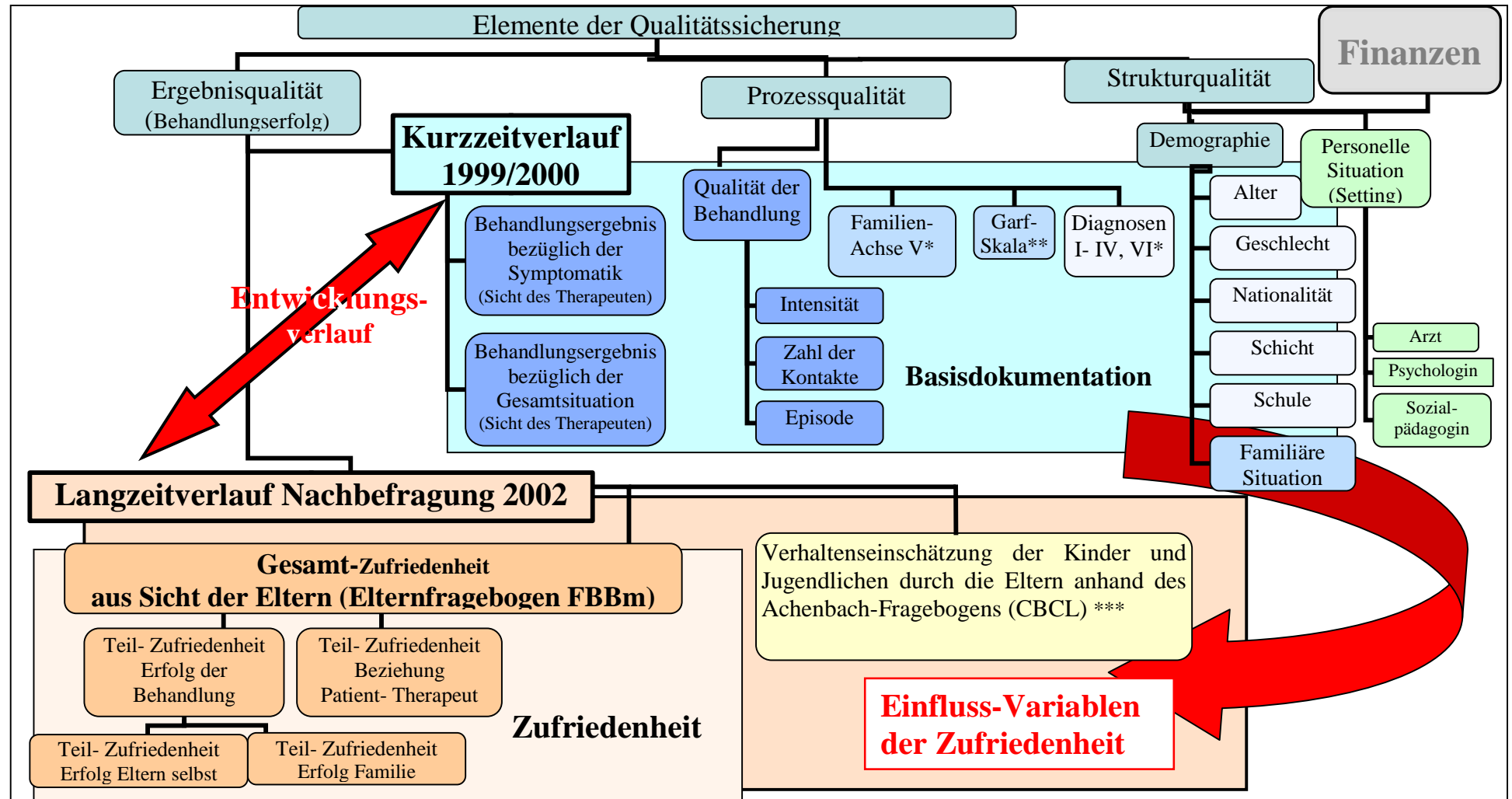
Die **Zielgruppe** der Nachbefragung sind alle Familien, die in den Jahren 1999 und 2000 die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie aufgesucht haben.

Ziel der Nachbefragung ist es, zu analysieren, wie die Eltern den **Beratungsprozess** empfunden haben und wie sie den **Erfolg der Beratung** bewerten.

Das Ergebnis der Befragung soll den Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik dazu dienlich sein, die **Qualität ihrer Arbeit** zu überprüfen und transparent zu machen.

Zudem soll die Nachbefragung untersuchen, welche **Veränderung** oder **Entwicklung** gegenüber der Situation vor der Behandlung festzustellen ist.

Abbildung 2: Modellbildung Qualitätssicherung



*Achsen des multiaxialen Klassifikationssystems (Remschmidt, Schmidt et al. 2001)

**Garf- Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie

*** Verhaltensfragebogen (CBCL)

Therapiebeginn=1999/ 2000

Befragung=2002

Personbezogene Variable

Familienbezogene Variable

Therapeutenbezogene Variable

1.7 Fragestellungen

Zufriedenheit

- **2002: Modifizierter Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung für die Eltern (FFBm):**
- Wie ist die Gesamtzufriedenheit der Eltern mit der Beratung ihres Kindes (Aspekt der Gesamtbeurteilung)?
- Wie beurteilen die Eltern den Behandlungsverlauf (Aspekt der Prozessqualität)?
- Wie beurteilen die Eltern den Behandlungserfolg (Aspekt der Ergebnisqualität)?

Überprüfung des Entwicklungsverlaufs

- **1999/2000: Basisdokumentation (BADO):** Beschreibung der Stichprobe und Sichtweise der Behandler (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007)
- **Verhaltensfragebogen 2002** (Verhaltenscheckliste nach Achenbach für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren (CBCL) (Achenbach und Edelbrock 1983)): Verhaltenseinschätzung durch die Eltern.

Prädiktoren für die Zufriedenheit

- Basisdokumentation (Ausgangssituation 1999-2000) (Deutsche Gesellschaft 2007)
- Verhaltensfragebogen (1999, Teilstichprobe) (Achenbach und Edelbrock 1983)

Einflussvariablen auf die Zufriedenheit

- **1999-2002: Entwicklungsverlauf-Langzeitverlauf (Teilstichprobe):**
- Drei-Jahresverlaufsbeurteilung– Entwicklungsverlauf aus Sicht der Eltern anhand des Verhaltensfragebogens für Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren (CBCL)(Achenbach und Edelbrock 1983).
- Von 41 Patienten können die aktuellen CBCL-Werte (2002) mit den CBCL-Ausgangswerten bei Aufnahme des Patienten (1999-2000) verglichen werden.

Zusammenhang Verhaltensfragebogen 2002 und Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm):

- Die Verhaltenseinschätzung der Eltern zum Zeitpunkt der Befragung bietet in Ergänzung zu dem modifizierten Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) die Möglichkeit, die Verhaltensentwicklung des Kindes und die Ergebnisqualität der Beratung am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu untersuchen.

Eltern und Jugendliche im Vergleich

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Setting der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Die Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik an der Ludwig-Maximilians-Universität in München, bis 2006 Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie genannt, ist eine kleine universitäre Poliklinik mit dem Schwerpunkt Diagnostik und Beratung aller kinder- und jugendpsychiatrischer Themen, insbesondere komplexer Störungen wie chronisch körperliche Erkrankungen mit begleitenden psychischen und sozialen Problemen.

Hervorzuheben ist die enge Zusammenarbeit von Arzt, Psychologin und Sozialpädagogin und die Multidisziplinarität der Poliklinik.

2.2 Erhebungsinstrumente

Als Erhebungsinstrumente dienen die **standardisierte Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie (Deutsche Gesellschaft 2007)**, der **modifizierte Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm)** und der **Verhaltensfragebogen nach Achenbach (child behavior check list-CBCL) (Achenbach und Edelbrock 1983)**.

Die Basisdokumentation beschreibt die Ausgangssituation und bezieht sich auf die Behandlungsepisode 1999/2000.

Der modifizierte Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) und der Verhaltensfragebogen nach Achenbach (child behavior check list-CBCL) (Achenbach und Edelbrock 1983) beziehen sich auf den Verlauf bis zum Jahr 2002.

2.2.1 Die Basisdokumentation

Die Basisdokumentation erfasst die Daten der Patienten einschließlich der leistungsbezogenen Daten (Diagnosen auf der Grundlage des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach der ICD-10 der WHO (Remschmidt, Schmidt et al. 2001)).

Die Basisdokumentation der Poliklinik wurde in Anlehnung an die zweite und dritte Auflage der Basisdokumentation für Kinder- und Jugendpsychiatrie der drei Fachgesellschaften DGKJP (Deutsche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie), BAG (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie), BKJPP (Bundesvereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie) erstellt und beinhaltet Daten, die der Beschreibung der Ausgangssituation dienen.

Zur Beurteilung der Zufriedenheit wurden folgende Daten von 135 Patienten aus der Basisdokumentation herangezogen:

1. Geschlecht
2. Alter zu Beginn der Therapie (1999-2000)
3. Nationalität
4. Familiäre Situation
5. Schichtzugehörigkeit
6. Schulbildung

7. Die 6 Achsen der multiaxialen Diagnostik im Kinder- und Jugendalter
 - erste Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom
 - zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen
 - dritte Achse: Intelligenzniveau
 - vierte Achse: Körperliche Symptomatik
 - fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
 - sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
8. Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen
9. Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik **Einschätzung aus Therapeutensicht**
10. Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation **Einschätzung aus Therapeutensicht**
11. Beratungs- und Behandlungskontakte
12. Behandlungsepisoden

(Punkt 1 bis 6 sind **Strukturvariablen**, Punkt 7 bis 12 sind **Prozessvariablen**)

Die Daten der Basisdokumentation werden ergänzt mit der Prozessvariablen „**Alter zum Zeitpunkt der Befragung (2002)**“. Ein möglicher Zusammenhang dieser Variablen mit der Elternzufriedenheit wurde ebenfalls untersucht.

2.2.2 Der Elternfragebogen FBBm

Der Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt wurde an die Situation der Poliklinik der LMU München angepasst.

Zusätzliche Fragen

- Frage 1 : *Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist telefonisch gut erreichbar*
Nach dem "Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken" bezieht sich diese Frage auf die Qualitätsbereiche *Aufnahmeverfahren* und *Erreichbarkeit*.
- Frage 13 : *Die Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen*
 - (Arzt, Psychologin, Sozialpädagogin) hat für uns zum Verständnis beigetragen.
 - Nach dem "Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken" bezieht sich diese Frage auf die Qualitätsbereiche *Umgang mit den Angehörigen*, *Beziehungsgestaltung/Bezugspersonengestaltung* sowie dem Bereich *Vertretung von Interessen von Patienten*.
- Frage 15 : *Mit den Vorschlägen für eine weiterführende Behandlung war ich einverstanden*
 - Nach dem "Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken" bezieht sich diese Frage auf den Qualitätsbereich *Diagnostik*.
- Frage 16 : *Der Abschlussbrief war verständlich*
- Frage 17 : *Ich konnte die Aussagen des Abschlussbriefes akzeptieren*
 - Die beiden letzten Fragen beziehen sich auf den Arztbrief, der der Familie im Anschluss an die Beratung/Behandlung zugeht

Änderung der Unterskalen

Die Unterskala „*Erfolg Beziehung Eltern-Therapeuten*“ wurde um eine Frage erweitert.

Es ist interessant zu erfahren, wie die Eltern die Besprechung mit dem gesamten Therapeutenteam erlebt haben und ob letztere zum Verständnis der aktuellen Situation beitrug.

Die Unterskala „*Erfolg Behandlungsempfehlungen*“ wurde ebenfalls um eine Frage erweitert.

Bei dieser Frage soll in Erfahrung gebracht werden, ob die Eltern Verständnis für die weiterführenden Behandlungsvorschläge zeigten.

Zwei zusätzliche Unterskalen beziehen sich auf die „*Rahmenbedingungen*“ und den „*Abschlussbrief*“.

Bezüglich „*Rahmenbedingungen*“ interessieren sich die Therapeuten dafür, ob das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie telefonisch gut erreichbar ist.

Bezüglich „*Abschlussbrief*“ geht es sich um dessen Verständlichkeit und ob die Aussagen von den Eltern akzeptiert wurden.

Abgeänderte Fragen oder Formulierungen

Wegen der Multidisziplinarität der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und der niedrigen Zahl der Kontakte im Vergleich zum stationären Bereich erscheint es uns angemessen, von *Mitarbeitern* statt von *Therapeuten* zu reden.

Zudem ist der Begriff *Beratung* passender als der Begriff *Therapie*, da die Patienten häufig die Poliklinik wegen eines Beratungsgesprächs aufsuchen und hier nicht eine längerfristige Behandlung erfahren.

Offene Fragen

Die einzige offene Frage des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat & Remschmidt ist relativ neutral formuliert („*Eigene Bemerkungen zur Behandlung*“).

Wir haben bei der Ausarbeitung unseres modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) starken Wert darauf gelegt, mit der direkt formulierten Frage „*Kritik und Anregungen*“ die Eltern dazu zu motivieren, auch ihre kritische Meinung zu äußern.

Außerdem können wir mit der zweiten offenen Frage („*Wie geht es Ihrem Kind jetzt?*“) und zusätzlich mit der Verhaltenscheckliste nach Achenbach (CBCL) die Meinung der Eltern bezüglich des Entwicklungsfortschritts ihres Kindes erfahren.

Der modifizierte Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) lehnt an den Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat & Remschmidt an.

Der FBBm besteht aus 20 Fragen, welche fünfstufig skaliert sind, sowie zwei offene Fragen.

In Anlehnung an das Auswertungskonzept von Mattejat und Remschmidt, werden die 20 Fragen des modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) in zwei Hauptskalen und später in weitere Unterskalen aufgeteilt.

Die Auswertung der Skalenwerte erfolgt mittels SPSS-Programm.

Durch die einheitliche Skalierung und Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen können die Einschätzungen der verschiedenen Qualitätsaspekte direkt miteinander verglichen

werden.

Wie bei der Auswertung des Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat & Remschmidt, lassen schließlich bei der Auswertung des modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) die absoluten Skalenwerte erkennen, wie positiv bzw. wie negativ die Eltern die Beratung einschätzen.

Skalenbildung des modifizierten Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm)

Tabelle 2: Fragen zur Beurteilung der Behandlung

Bezeichnung			Berechnung der Skalen
Skala 1: Erfolg der Behandlung			$(3+9+10+11+12)/n$
Unter - Skala Nr. -	Skala 1.1	Erfolg Patient	= Item 9
	Skala 1.2	Erfolg Beziehung zum Patienten	$(10+12)/n$
	Skala 1.3	Erfolg selbst	= Item 11
	Skala 1.4	Erfolg Familienbeziehungen	= Item 3
Skala 2: Verlauf der Behandlung			$(1+2+4+5+6+7+8+13+14+15+16+17+18+19+20)/n$
Unter - Skala Nr. -	Skala 2.1	Erfolg Beziehung Eltern-Therapeuten	$(2+4+5+6+7+8+13)/n$
	Skala 2.2	Erfolg Rahmenbedingungen	= Item 1
	Skala 2.3	Erfolg Behandlungsempfehlungen	$(14+15)/n$
	Skala 2.4	Erfolg Abschlussbrief	$(16+17)/n$
	Skala 2.5	Erfolg Beratung und Institut	$(18+19+20)/n$
Skala G: Vater bzw. Mutter-Gesamtskala			Summe aller gültigen Items/ Anzahl der gültigen Items

Für alle Skalen und Unterskalen erfolgte die Auswertung der Mittelwerte und die Unterteilung nach der Likert-Skalierung in *Nicht zufrieden* (von 0 bis 1,99) und *Zufrieden* (von 2,0 bis 4,0) (Siehe Fragebogen FBBm im Anhang).

Expertenvalidierung

Fünf Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben mit Vorschlägen zur Ausarbeitung und Verbesserung des Fragebogens und des Anschreibens an die Eltern beigetragen.

In folgenden Bereichen wurden Verbesserungen oder Änderungen vorgenommen:

- Optische Gestaltung und Übersicht des Fragebogens
- Darstellung und Praktikabilität der Ratingskala
- Verständlichkeit und Reihenfolge der Fragen
- Formulierung des Fragebogens und des Anschreibens
- Wahrung der Anonymität der Patienten und deren Eltern

Folgende Kriterien und Anforderungen an den Fragebogen konnten somit erfüllt werden.

- Verständlichkeit der Fragen
- Konkretheit der Fragen
- Klare optische Gestaltung und einfache Handhabbarkeit des Fragebogens

2.2.3 Der Verhaltensfragebogen

Als zweites standardisiertes Messinstrument erhielten die Eltern den Verhaltensfragebogen.

Der Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (Achenbach und Edelbrock 1993) ist eine deutsche Fassung der Child Behavior Checklist (Achenbach und Edelbrock 1983; Achenbach, Howell et al. 1991), die mittlerweile in 60 Sprachen übersetzt ist.

Die Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist ist ein Zusammenschluss von Mitarbeitern der kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken in Köln, Frankfurt, FU-Berlin und Zürich. International liegen mehr als 3000 Studien mit diesem Fragebogenverfahren vor (Döpfner, Lehmkuhl et al. 2000).

In Deutschland erfolgte die Normierung des Fragebogens anhand einer umfangreichen bundesweit repräsentativen Stichprobe von annähernd 2900 Kindern und Jugendlichen (Döpfner und Lehmkuhl 1998; Döpfner, Lehmkuhl et al. 2000; Döpfner, Plück et al. 1998; Döpfner, Schmeck et al. 1994; Plück, Döpfner et al. 1997).

Der Fragebogen erfasst das Urteil von Eltern über Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 18 Jahren.

Der Fragebogen ist Teil einer multiplen Verhaltens- und Psychodiagnostik (Döpfner, Lehmkuhl et al. 1993), da neben dem Urteil der Eltern auch das klinische Urteil des Untersuchers und des Lehrers erhoben werden kann.

Im ersten Teil des Fragebogens werden Kompetenzen des Kindes/Jugendlichen erfragt, der zweite Teil besteht aus 120 Items, in denen Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten und körperliche Beschwerden beschrieben werden.

Beschreibung der Skalen

Kompetenzskalen

Die Items des ersten Teils des Fragebogens werden zu drei Kompetenzskalen zusammengefasst:

- **Aktivitäten**
- **Soziale Kompetenz**
- **Schule**

Diese Kompetenzskalen werden wegen unzureichender Gütekriterien nicht ausgewertet.

Problemskalen

Die 113 Fragen des zweiten Teils des Fragebogens können dreistufig beantwortet werden:

- **0 = nicht zutreffend**
- **1 = etwas oder manchmal zutreffend**
- **2 = genau oder häufig zutreffend**

Die Antworten werden aufaddiert und ergeben den **Gesamtauffälligkeitswert**.

Alle Items, die **Internalisierende bzw. Externalisierende Störungen** beschreiben, werden zu gleichnamigen Skalen zweiter Ordnung zusammengefasst und Syndromskalen zugeordnet.

Diese insgesamt neun **Syndromskalen** sind aufgrund von Faktorenanalysen zweiter Ordnung (Faktorenanalysen der Skalenrohwerte) in drei Gruppen zusammengefasst: den **internalisierenden Störungen**, den **externalisierenden Störungen** und den **gemischten Störungen**, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet werden können.

Die Syndromskalen der gemischten Störungen gehen in die Berechnungen mit ein.

Die Gütekriterien des Problemteils sind sehr gut.

1. Die Syndromskalen der internalisierenden Störungen:

- Sozialer Rückzug
- Körperliche Beschwerden
- Angst/Depressivität

2. Die Syndromskalen der externalisierenden Störungen:

- Delinquentes Verhalten
- Aggressives Verhalten

3. Die Syndromskalen der gemischten Störungen:

- Soziale Probleme
- Schizoid/Zwanghaft
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Sexuelle Auffälligkeiten

Auswertung des Verhaltensfragebogens

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mittels Computerprogramm (Cross Informant Program).

Dieses Computerprogramm verfügt über diverse automatische Kontrollfunktionen für die Dateneingabe und führt zu einer detaillierten Ergebnis- und Profildarstellung.

Neben den Syndromskalenwerten wurden T-Werte für internalisierende und externalisierende Störungen sowie ein Gesamtwert für Problemverhalten errechnet.

Die Ergebnisse können Alters- und Geschlechtsspezifisch für Jungen und Mädchen im Alter von 4 bis 11 und von 12 bis 18 Jahren in Prozentränge und T-Werte ausgedrückt werden.

Für die übergeordneten Skalen der internalisierenden Störungen, der externalisierenden Störungen und für den Gesamtwert wurde der cut-off für klinische Auffälligkeit bei einem T-Wert von 63 und zwischen den T-Werten 60 und 63 ein Übergangsbereich definiert.

Entsprechend diesem Auswertungssystem können die Kinder und Jugendlichen in **klinisch unauffällig** bzw. **klinisch auffällig** eingeteilt werden:

- Klinisch unauffällig: T-Wert : 0 – 19
- Weitgehend klinisch unauffällig: T-Wert: 20 – 39
- Subklinisch unauffällig: T-Wert: 40 – 59
- Klinisch auffällig: T-Wert: > 63

Da mit den Syndromskalen kontinuierlich verteilte Merkmale gemessen werden, werden Grenzwerte immer unterschiedlich gesetzt (Döpfner, Schmeck et al. 1994). Deshalb wurde ein Grenzbereich

zwischen den T-Werten von 67 und 70 definiert, der den Übergangsbereich von unauffälligen zu auffälligen Werten markiert.

Die Mehrzahl der Syndromskalen haben sich in deutschsprachigen Analysen als hinreichend konsistent erwiesen. Die Problem-Skalen sind hinreichend reliabel ($r_{tt} \geq .70$).

Kulturvergleichende Analysen zeigen überwiegend geringe Unterschiede in den Skalenwerten zwischen Deutschland, USA und den Niederlanden.

Auf einigen Skalen werden deutsche Kinder und Jugendliche etwas weniger auffällig beurteilt als US-amerikanische (Döpfner, Schmeck et al. 1996).

Hinsichtlich der Gesamtauffälligkeit und den Problemskalen zeigen die Werte in der deutschen Stichprobe im Vergleich zu 11 anderen Ländern und Kulturen ebenfalls geringe Unterschiede, tendenziell liegen die deutschen Werte ebenfalls im unteren Bereich (Stevens, Pels et al. 2005).

2.3 Stichprobenbeschreibung

Die Umfrage erfasst 135 Eltern, die sich in dem Zeitraum von 1999 und 2000 mit ihrem Kind zur Beratung/Behandlung im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingefunden haben.

Die Beschreibung der Ausgangsstichprobe erfolgt anhand der verschiedenen Einflussvariablen.

Angesichts der Stichprobengröße werden die Variablen nach Möglichkeit dichotomisiert.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden Variablen und Daten gleichzeitig dargestellt.

2.3.1 Geschlecht

Es wurden die Eltern von 87 männlichen (64,5 % der Stichprobe) und 48 weiblichen (35,5 % der Stichprobe) Patienten befragt.

2.3.2 Alterseinteilung zum Zeitpunkt der Vorstellung

In den Jahren 1999 und 2000 waren

- **56** Kinder unter 11 Jahre alt
- **71** Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahre alt
- **8** Junge Erwachsene über 18 Jahre alt
- **Insgesamt 135 Patienten / Eltern**

Der Mittelwert der Alterseinteilung zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung beträgt 11,3 Jahre (Streuung = 4,2).

2.3.3 Alter zum Zeitpunkt der Befragung (2002)

Zum Zeitpunkt der Befragung waren

- **40** Kinder unter 11 Jahre
- **59** Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahre
- **36** Junge Erwachsene über 18 Jahre alt.
- **Insgesamt 135 Patienten / Eltern**

Der Mittelwert des Alters zum Zeitpunkt der Befragung beträgt 14,2 Jahre (Streuung = 4,7)

2.3.4 Nationalität

Die Nationalität der Patienten ist deutsch, arabisch, jugoslawisch und türkisch und wurde zur Auswertung in *deutsch* und *andere Nationalitäten* aufgeteilt.

Von den 135 Patienten sind:

- 119 Patienten (88,1 %) deutscher Nationalität
- 16 Patienten (11,9 %) anderer Nationalität
- **Insgesamt 135 Patienten / Eltern**

Andere Nationalität wurde unterteilt in:

- 5 Patienten: Türkisch
- 5 Patienten: Arabisch
- 3 Patienten: Jugoslawisch
- 3 Patienten: Restliches Europa

2.3.5 Familiäre Situation

Die familiäre Situation beschreibt die Zusammensetzung der Familie des Patienten zum Zeitpunkt 1999- 2000. Es wurde die Frage gestellt, ob die *Familie vollständig* oder *unvollständig* ist, der Patient in einer *Pflegefamilie*, im *Heim*, *alleine* oder *in einer Ehe* bzw. *ehe- ähnlichen Gemeinschaft* lebt.

- 78 Patienten leben in einer *vollständigen Familie*. Von diesen 78 Patienten leben 8 Patienten bei ihrer leiblichen Mutter und ihrem Stiefvater, ein Patient lebt bei seinem leiblichen Vater und seiner Stiefmutter.
- 37 Patienten leben in einer *unvollständigen Familie*, d.h. sie leben bei ihrer leiblichen Mutter.
- 4 Patienten leben *alleine*.
- 9 Patienten leben in einer *Pflegefamilie*.
- 7 Patienten leben in einem *Heim*.
- Kein Patient lebt in einer *Ehe* bzw. *eheähnlichen Gemeinschaft*.
- **Insgesamt 135 Patienten / Eltern**

Zur Auswertung wurden „*Familie unvollständig*“, „*Patient lebt alleine*“, „*Pflegefamilie*“, „*Heim*“ zusammengefasst in „*Familie unvollständig*“.

Demnach leben

- 78 Patienten in einer *vollständigen* und
- 57 Patienten in einer *unvollständigen Familie*.

2.3.6 Schichtzugehörigkeit

Wir haben uns entschieden, die Berufe und Schichten wie in der Tabelle dargestellt zusammenzufassen.

Tabelle 3: Beruf und Schichtangehörigkeit der Eltern für den Zeitraum 1999-2000

Beruf der Eltern n=135	Anzahl	Schicht		
Ungelernte Arbeiter	10	Unterschicht: 26		
Angelernte Berufe	16			
Facharbeiter/ Handwerker/Angestellte/Beamte im einfachen Dienst	24	Untere Mittelschicht: 31	Mittelschicht: 73	
Kleinstselbständige/ ambulantes Gewerbe	2			
Kleine selbständige Gewerbetreibende	5			
Mittlere Angestellte/ Beamte	16	Mittelschicht: 16		
Höherqualifizierte Angestellte/ Beamte	12	Obere Mittelschicht: 26		
Selbständige Handwerker/ Landwirte/ Kleine Betriebe	7			
Mittlere Betriebe	7			
Akademiker/ Freie Berufe/ Größere Unternehmer	28	Oberschicht: 36		
Leitende Angestellte, Beamte im höheren Dienst	8			

2.3.7 Schulbildung

Tabelle 4: Schultyp und Alter der Patienten

	Besuchter Schultyp										Gesamt
	nicht zutreffend	Grundschule	Sonderschulformunabhängige Orientierungsstufe	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Sonderschule	Berufsschule	Fehlende Information	Hochschule/ Universität	
Alter	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
6	12	2	-	-	-	-	-	-	-	-	14
7	2	9	-	-	-	-	-	-	-	-	11
8	1	8	1	-	-	-	-	-	-	-	10
9	-	6	1	-	-	-	1	-	-	-	8
10	-	4	1	-	-	-	1	-	-	-	6
11	-	6	-	1	1	5	2	-	-	-	15
12	-	1	1	6	-	1	1	-	-	-	10
13	-	-	2	1	-	1	-	-	-	-	4
14	1	-	1	3	1	2	2	-	-	-	10
15	-	-	-	2	2	2	2	1	1	-	10
16	-	-	-	2	1	2	1	-	-	-	6
17	1	-	-	1	1	3	-	-	-	-	6
18	3	-	-	-	1	3	-	1	-	-	8
19	1	-	-	-	-	1	-	4	-	-	6
22	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Mittelwert/Alter	8,10	8,64	11,29	13,56	15,14	14,70	12,70	18,17	15,00	23,00	11,35
Gesamt	31	36	7	16	7	20	10	6	1	1	135

Einteilung der verschiedenen Schultypen in Gruppen

1. Grundschule und Sonderschulform unabhängige Orientierungsstufe
2. Hauptschule, Realschule und Berufsschule
3. Gymnasium und Universität
4. Sonderschule

Tabelle 5: Schultyp

Schultyp	Anzahl	
Sonderschule	10	10
Sonderschulform- unabhängige Orientierungsstufe	7	43
Grundschule	36	
Hauptschule	16	29
Realschule	7	
Berufsschule	6	
Gymnasium	20	21
Hochschule/ Universität	1	
Insgesamt		103

2.3.8 Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Psychiatrische Diagnosen enthalten zwangsläufig verschiedene Elemente.

Das multiaxiale Diagnoseschema des ICD-10 (Remschmidt, Schmidt et al. 2001) ermöglicht die Klassifikation der psychischen Störungen und diagnostischen Elemente in sechs Achsen.

Grundprinzip dieser multiaxialen Betrachtungsweise ist, jedes wichtige diagnostische Element systematisch auf einer eigenen Achse festzuhalten, wobei auf den einzelnen Achsen eine unterschiedliche Anzahl von Kodierungen möglich ist.

Neben der Art einer Störung kann es wichtig sein, z.B. das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein einer intellektuellen Behinderung festzustellen.

Erste Achse: Klinisch- psychiatrisches Syndrom

Die erste Achse betrifft das klinisch-psychiatrische Syndrom und wird in sieben verschiedene Gruppen eingeteilt.

1. Keine psychiatrische Diagnose (000.0)

2. Organische und psychische Störungen (F0)

Unter Organische und psychische Störungen F0 fallen definitionsgemäß „...psychische Erkrankungen mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Erkrankung, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, bei Erkrankungen, Verletzungen oder Störungen, die das Hirn direkt oder im besonderen Maße betreffen; oder sekundär, beispielsweise bei Systemerkrankungen oder Störungen, die das Gehirn nur als eines von vielen Organen oder Körpersystemen betreffen...“ (Remschmidt H. et al, 2001).

3. Affektive Störungen (F3)

Bei Affektiven Störungen (F3) bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

4. Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4)

Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) umfassen phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionstörungen), somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen.

5. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5) umfassen Essstörungen, nicht-organische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen (nicht verursacht durch eine organische Störung oder Erkrankung), psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett (nicht andernorts

klassifizierbar), psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen und nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.

6. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) beschreiben „...eine Reihe von klinisch wichtigen, meist lang anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern. Sie sind Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Einige dieser Zustandsbilder und Verhaltensmuster entstehen früh im Verlauf der individuellen Entwicklung als Folge konstitutioneller Faktoren wie auch sozialer Erfahrungen, während andere später im Leben erworben werden...“ (Remschmidt H. et al, 2001).

7. Verhaltens- und emotionale Störungen (F9)

Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) umfassen hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, emotionale Störungen des Kindesalters, Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Ticstörungen, andere Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen.

Tabelle 6: Klinisch psychiatrische Syndrome: Internalisierende Störungen, Externalisierende Störungen und andere Störungen.

Keine psychiatrische Diagnose		23	
Internalisierende Störungen	Affektive Störungen (F3)	11	48
	Neurotische, Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4)	29	
	Atypischer Autismus (F84,1)	1	
	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93,0 und 93,1)	7	
Externalisierende Störungen	Hyperkinetische Störungen (F90)	11	48
	Störungen des Sozialverhaltens (F91)	4	
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit depressiver Störung (F92)	20	
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit sozialer Überempfindlichkeit (F93,2)	5	
	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F94)	8	
Andere Störungen	Organische und psychische Störungen (F0)	3	16
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	4	
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	2	
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend, wie Ticstörungen (F95)	4	
	Andere Störungen wie Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen, im frühen Kindesalter, Stottern, Poltern, Stereotype Bewegungsstörungen (F98)	3	
Insgesamt			135

Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

Die zweite Achse der multiaxialen Klassifikation der psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters umfasst die umschriebenen *Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulische Fertigkeiten und motorische Funktionen, kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen, tiefgreifende Entwicklungsstörungen*, sowie *andere und nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen*.

Diese Störungen haben folgende Merkmale:

- Einen Beginn, der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt
- Eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind.
- Einen stetigen Verlauf, der nicht die für viele psychischen Störungen typischen charakteristischen Remissionen und Rezidive zeigt (Remschmidt H. et al, 2001).

Einteilung der Patienten in Gruppen (Entwicklungsstörungen/keine Entwicklungsstörungen)

- 19 Patienten Entwicklungsstörungen
- 105 Patienten keine Entwicklungsstörung
- 11 Patienten keine Werte vorhanden

- 135 Patienten insgesamt

Einteilung der Patienten mit Entwicklungsstörungen in Untergruppen

- 4 Patienten Entwicklungsstörungen des Sprechens (F80,90)
- 4 Patienten Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81,00)
- 2 Patienten Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten (F81,30)
- 2 Patienten Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82,00)
- 7 Patienten Kombinierte Entwicklungsstörungen (F83,00)

- 19 Patienten insgesamt

Dritte Achse: Intelligenzniveau

Die Klassifizierung des Intelligenzniveaus erfolgt je nach Intelligenzquotient in fünf verschiedenen Gruppen:

1. Hohe bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ 115-129)
2. Normvariante, durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)
3. Niedrige bis unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 70-84)
4. Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)
5. Schwere Intelligenzminderung (IQ 20-35)

Demnach haben:

- 6 Patienten eine hohe bis überdurchschnittliche Intelligenz (IQ 115-129)
- 102 Patienten eine Normvariante , durchschnittliche Intelligenz (IQ 85-114)
- 8 Patienten eine niedrige bis unterdurchschnittliche Intelligenz (IQ 70-84)
- 7 Patienten eine leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69)
- 1 Patient eine schwere Intelligenzminderung (IQ 20-35)
- 11 Patienten: keine Werte vorhanden

- 135 Patienten insgesamt

Das Intelligenzniveau wurde in die Gruppen *normale bis hohe Intelligenz*, *niedrige Intelligenz* und *keine vorliegenden Werte über das Intelligenzniveau* zusammengefasst:

- 108 Patienten normale bis hohe Intelligenz
- 16 Patienten niedrige Intelligenz
- 11 Patienten keine vorliegenden Werte über das Intelligenzniveau

- 135 Patienten insgesamt

Vierte Achse: Körperliche Symptomatik

Die vierte Achse umfasst die körperlichen Erkrankungen im Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose und die Einteilung in die Gruppen *keine körperliche Symptomatik*, *körperliche Symptomatik* und *keine vorliegenden Werte* eingeteilt.

- 101 Patienten keine körperliche Symptomatik
- 8 Patienten körperliche Symptomatik: Chronische Erkrankungen wie z.B. Asthma bronchiale.
- 26 Patienten keine vorliegenden Werte .

- 135 Patienten insgesamt

Fünfte Achse: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Die fünfte Achse beschreibt „...methodisch diejenigen Aspekte der psychosozialen Situation des Kindes, die in Bezug auf den Entwicklungsstand des Kindes, seinen Erfahrungsschatz und die herrschenden soziokulturellen Umstände signifikant von der Norm abweichen.

Die auf dieser Achse einbezogenen Kategorien wurden ausgewählt, weil man aus Erfahrung weiß, dass sie signifikante psychiatrische Risikofaktoren darstellen können...“ (Remschmidt, Schmidt et al. 2001). Die Klassifikation der Achse V umfasst methodisch neun Haupttypen psychosozialer Situationen:

1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2. Psychische Störung, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. Abnorme Erziehungsbedingungen
5. Abnorme unmittelbare Umgebung
6. Akute, belastende Lebensereignisse
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
8. Chronische zwischenmenschliche Belastung im Zusammenhang mit der Schule oder Arbeit
9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderungen des Kindes

Die meisten Haupttypen werden unterteilt. Es handelt sich insgesamt um 44 Kodierungen.

Jede Kodierung beschreibt einen bestimmten Aspekt oder ein charakteristisches Merkmal der psychosozialen Situation des Kindes.

Die Achse V kann kategorial oder dimensional verwendet werden. Bei der verwendeten Kodierung handelt es sich um eine dimensionale Struktur, d.h. für jede der 44 spezifizierten Situationen erfolgte eine separate Kodierung in

- 0 = nicht zutreffend, normal
- 1 = fraglich
- 2 = trifft sicher zu
- 9 = unbekannt, mangelnde Information

Die Patienten wurden anhand der 44 Einzelitems in die Gruppen **unauffällig** (Kodierung 0); **leicht auffällig** (Kodierung 1), **auffällig** (Kodierung 2) und **keine vorliegenden Werte** (Kodierung 9, d.h. es fehlen die Angaben zu Achse 5) eingeteilt.

Die maximale Summe der psychosozialen Belastung beträgt 88 Punkte. Es wurde eine Gesamt-Summe gebildet. Zur weiteren Berechnung wurde die Summe in drei Gruppen zusammengefasst.

Demnach sind:

- | | | |
|--------------------|-----------------------|---------------------|
| • 41 Patienten | unauffällig | (0-5 Einzelitems) |
| • 47 Patienten | leicht auffällig | (6-12 Einzelitems) |
| • 26 Patienten | auffällig | (13-44 Einzelitems) |
| • von 21 Patienten | keine Werte vorhanden | |

36% (n= 41) der Patienten waren mit 0-5 Punkten unauffällig, insgesamt 64% (n= 73) waren mit 6-12 Punkten leicht auffällig (Mittelwert = 9 Punkte).

Sechste Achse: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Die Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus beschreibt „...die psychische, soziale und berufliche (schulische) Leistungsfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der klinischen Evaluation...Außer bei sehr akuten Störungsbildern sollte sie für den Zeitraum der vergangenen drei Monate beurteilt werden...“ (Remschmidt H. et al, 2001).

Die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus wird in die Gruppen befriedigende Anpassung, leichte soziale Beeinträchtigung, mäßige soziale Beeinträchtigung, deutliche soziale Beeinträchtigung, deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung, tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung, braucht beträchtliche Betreuung, braucht ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung) und keine vorliegenden Werte eingeteilt.

Tabelle 7: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

Psychosoziales Funktionsniveau	Anzahl	
Befriedigende Anpassung	7	
Leichte soziale Beeinträchtigung	17	43
Mäßige soziale Beeinträchtigung	26	
Deutliche soziale Beeinträchtigung	32	61
Deutliche und übergreifende soziale Beeinträchtigung	29	
Tiefgreifende und schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	10	13
Braucht beträchtliche Betreuung	1	
Brauchen ständige Betreuung (24-Stunden-Versorgung)	2	
Keine vorliegenden Werte	11	
Insgesamt	135	

GARF- Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen

Die GARF-Skala (GARF= *Global Assessment of Relationship Functioning*) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen wird zur Gesamtbeurteilung des Funktionsniveaus einer Familie oder anderer laufender Beziehungen benutzt und ermöglicht, eine Familie oder Beziehungseinheit in folgenden Bereichen einzuschätzen :

- **Problemlösen:** Fertigkeiten beim Bewältigen von Zielen, Regeln und alltäglichen Arbeiten; Anpassungsfähigkeit bei Stress; Kommunikationsfertigkeiten; Fähigkeiten zur Konfliktlösung.
- **Organisation:** Einhaltung interpersoneller Rollen und Subsystemgrenzen; hierarchisches Funktionieren; Koalitionen und Verteilung von Macht, Kontrolle und Verantwortung.
- **Emotionales Klima:** Tonfall und Spielraum von Gefühlen; Qualität von Fürsorge, Empathie, Engagement und Bindung/ Verpflichtung; Teilen von Werten; gegenseitige affektive Verantwortlichkeit, Respekt und Rücksicht; Qualität sexuellen Funktionierens.

Die GARF-Skala ist analog zur Achse VI (Skala zur globalen Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus) und kann je nach eingeschätztem Punktwert von 0 bis 100 in sechs Gruppen unterteilt werden:

1. **Punktwert zwischen 81 und 100:** Die Beziehungseinheit funktioniert nach Selbstbericht der Beteiligten und aus der Perspektive von Beobachtern zufriedenstellend.
In diese Gruppe können **5 Patienten** zugeordnet werden.
2. **Punktwert zwischen 61 und 80:** Das Funktionieren der Beziehungseinheit ist irgendwie unbefriedigend. Über eine Zeitspanne werden viele, aber nicht alle Schwierigkeiten ohne Beschwerden gelöst.
In diese Gruppe können **17 Patienten** zugeordnet werden.
3. **Punktwert zwischen 41 und 60:** Die Beziehungseinheit hat gelegentlich Zeiten des befriedigenden und kompetenten Funktionierens miteinander, aber deutlich dysfunktionale, unbefriedigende Beziehungen überwiegen tendentiell.
In diese Gruppe können **43 Patienten** zugeordnet werden.
4. **Punktwert zwischen 21 und 40:** Die Beziehung ist offensichtlich und ernstlich dysfunktional; die Art und Weise und der Zeitraum des Zusammenseins sind selten zufriedenstellend.
In diese Gruppe können **45 Patienten** zugeordnet werden.
5. **Punktwert zwischen 1 und 20:** Die Beziehungseinheit ist dysfunktional geworden, um die Kontinuität von Kontakt und Bindung aufrecht zu erhalten.
In diese Gruppe können **17 Patienten** zugeordnet werden.
6. **Punktwert 0:** Unzureichende Information.
In diese Gruppe können **8 Patienten** zugeordnet werden.

Einschätzung der Familienbeziehungen aus Sicht der Therapeuten und Mitarbeiter

Die Gruppen der Garf-Skala wurde in weitere Untergruppen zusammengefasst:

- gute Beziehung (61-100 Punkte) : 22 Patienten
- unbefriedigende Beziehung (41-60 Punkte) : 43 Patienten
- schlechte Beziehung (21-40 Punkte) : 62 Patienten
- keine Werte vorhanden : 8 Patienten

2.3.9 Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik

Die Basisdokumentation unterteilt das Behandlungsergebnis aus Sicht der Therapeuten und Mitarbeiter bezüglich der Symptomatik in sieben Bereiche.

Tabelle 8: Behandlungsergebnis aus Sicht der Therapeuten bezüglich der Symptomatik

Behandlungsergebnis	Anzahl	
Völlig gebessert	1	Gebessert 61
Deutlich gebessert	16	
Etwas gebessert	44	
Unverändert	31	
Verschlechtert	1	
Kein Behandlungsauftrag	34	Kein Behandlungs- auftrag 37
Nicht beurteilbar	3	
Keine Werte vorhanden	5	
Insgesamt	135	

2.3.10 Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

Die Basisdokumentation unterteilt das Behandlungsergebnis aus Sicht der Therapeuten und Mitarbeiter bezüglich der Gesamtsituation in sechs Bereiche.

Tabelle 9: Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation

Behandlungsergebnis	Anzahl	
Deutlich gebessert	12	Gebessert
Etwas gebessert	36	
		48
Unverändert	42	
Verschlechtert	3	
Kein Behandlungsauftrag	34	Kein Behandlungs- bedarf
Nicht beurteilbar	3	
		37
Keine Werte vorhanden	5	
Insgesamt	135	

2.3.11 Beratungs- und Behandlungskontakte

Die Beratungs- bzw. Behandlungskontakte variierten von Einzelterminen bis hin zu 35 Kontakten und wurden in die Gruppen *Einzelkontakt*, *2 – 10 Termine*, *11 - 20 Termine*, *über 20 Termine* unterteilt

- **Einzelkontakt:** 28 Patienten
- **2- 10 Termine:** 67 Patienten
- **Über 10 Termine:** 40 Patienten (**11- 20 Termine:** 36 Patienten, **über 20 Termine:** 4 Patienten)

2.3.12 Behandlungsepisoden

Die Behandlungsepisoden variierten von der Einzelepisode bis zu sechs Episoden, die in die Gruppen *Einzelepisode*, *2 Episoden*, *3 Episoden*, *4 Episoden* und *6 Episoden* eingeteilt wurde.

- Einzelepisode: 109 Patienten
- 2 Episoden: 15 Patienten
- 3 Episoden: 7 Patienten
- 4 Episoden: 2 Patienten
- 6 Episoden: 2 Patienten

Von den 109 Patienten der Gruppe „**Einzelepisode**“ hatten 25 Patienten einen „**echten Einzelkontakt**“. Für diese 25 Patienten gab es keine vorhergehende Episode. Die Gruppe der 25 Patienten mit „echtem Einzelkontakt“ wurde gesondert im bivariaten Berechnungssystem einbezogen.

Die Behandlungsepisoden wurden in drei verschiedene Gruppen zusammengefasst:

- **Einzelepisode:** 109 Patienten, davon 25 Patienten mit **Einzelkontakt**.
- **2 Episoden:** 15 Patienten
- **Mehr als 2 Episoden:** 11 Patienten

2.4 Auswertungskonzept

2.4.1 Fehlende Daten

Die fehlenden Daten wurden beschrieben.

2.4.2 Deskriptive Darstellung der Häufigkeiten der Einzelfragen

Die Häufigkeiten des modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) sowie des Verhaltensfragebogens werden im folgenden Ergebnisteil nach **Häufigkeiten und Verteilungsmuster deskriptiv dargestellt**.

2.4.3 Einflussvariablen der Elternzufriedenheit

Nach Auswertung der Skalen erfolgte die Überprüfung der Elternzufriedenheit in möglicher Abhängigkeit verschiedener Einflussvariablen.

Die Einflussvariablen sind die bis zu drei Jahre zurückliegende **Basisdokumentation** und der bei der Nachbefragung erhobene **Verhaltensfragebogen**.

➤ Geschlecht	Variable Kind
➤ Alter zum Zeitpunkt der Behandlung	Variable Kind
➤ Nationalität	Strukturvariable Familie
➤ Familiäre Situation	Strukturvariable Familie
➤ Schichtzugehörigkeit	Strukturvariable Familie
➤ Schulbildung	Variable Kind
➤ Die sechs Diagnoseachsen des Kindes- und Jugendalters:	
1. Klinisch-psychiatrisches Syndrom	Variable Kind
2. Umschriebene Entwicklungsstörungen	Variable Kind
3. Intelligenzniveau	Variable Kind
4. Körperliche Symptomatik	Variable Kind
5. Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände	Beurteilung der Familie
6. Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus	Variable Kind
➤ Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen	Beurteilung der Familie
➤ Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik	Sicht der Therapeuten/
➤ Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation	Bewertung des Prozesses
➤ Beratungs- und Behandlungskontakte	Prozess
➤ Behandlungsepisoden	Prozess
➤ Alter zum Zeitpunkt der Befragung	Variable Kind
➤ CBCL	Sicht der Eltern

2.4.4 Bivariate Auswertung

Im Ergebnisteil werden die Einflussvariablen aufgeführt, die im Chi-Quadrat-Test nach Pearson (Bühl und Zöfel 2000a) mit $< 0,05$ signifikant waren.

Wegen des explorativen Ansatzes wurde auf eine Korrektur für multiple Testungen verzichtet.

2.4.5 Multivariate Auswertung

Multivariate Varianzanalyse

Die **multivariate Varianzanalyse** untersucht gleichzeitig den Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf mehrere abhängige Variable. Die Grundlage des allgemeinen linearen Modells ist die Regressionsrechnung. Die unabhängigen Variablen oder feste Faktoren sind in diesem Fall die einzelnen Bereiche der Zufriedenheit. In unserem Beispiel sind die Einflussvariablen die abhängigen Variablen, die von der Zufriedenheit, der unabhängigen Variablen abhängig sind. Die Methode basiert auf einer **Zerlegung der Gesamtvarianz** aller auftretenden Werte in eine **Varianz innerhalb der Gruppen und eine Varianz zwischen den Gruppen (Bühl und Zöfel 2000b)**.

Das Ausmaß der Wirkung eines experimentellen Faktors wird mit Hilfe der Bestimmung der **Effektstärke** ausgedrückt. Bei Regressionsmodellen dient die Effektstärke als Indikator für den Einfluss einer Variablen auf die erklärte Variable: „...Eine Effektstärke stellt eine an der Merkmalsstreuung relativierte Differenz zwischen 2 Gruppen hinsichtlich eines Merkmals dar...“

Effektstärken werden berechnet aus dem Quotienten der Differenz der Gruppenmittelwerte und den gemittelten Standardabweichungen: $(MW1-MW2)/((STD1+STD2)/2)$. Auf der Grundlage einer solchen Berechnung können nach Cohen (Cohen 1988) Effektstärken bis 0,2 als unbedeutend, Effektstärken von 0,21- 0,50 als gering, 0,51-0,80 als mittel und $> 0,80$ als bedeutend bewertet werden (Schmeck 2003).

2.5 Datenerhebung

Die erste Fragebougenaussendung fand am 16.05.02 statt. All diejenigen, die nicht antworteten, erhielten am 14.06.02 und am 12.07.02 einen weiteren Fragebogen.

Die Gestaltung der Elternfragebögen sowie des Anschreibens und der zwei Erinnerungsschreiben war für alle Altersgruppen identisch

(Siehe Anschreiben an die Eltern und das erste und zweite Erinnerungsschreiben im Anhang).

Im Anschluss an die dritte Fragebougenaussendung wurden diejenigen, die den Fragebogen noch nicht zurückgeschickt hatten, telefonisch kontaktiert.

2.5.1 Antworthäufigkeiten

Auf die erste Aussendung der 135 Elternfragebögen zur Zufriedenheit (= 100 %) antworteten 32 Eltern, nach der ersten Erinnerung weitere 39 und nach der zweiten Erinnerung nochmals 6 Eltern.

Die Rücklaufrate der insgesamt 135 Elternfragebögen lag nach drei Aussendungen mit n= 77 bei 57 %. Die Rücklaufrate der Verhaltensfragebögen belief sich auf 62 % (84 ausgefüllte Verhaltensfragebögen).

Vier Familien waren umgezogen. Die neue Adresse konnte mit Hilfe des Einwohnermeldeamtes ausfindig gemacht werden. Von 14 Familien (10% der Stichprobe) konnte trotz intensiver Nachforschungen bei den Einwohnermeldeämtern und der Telefonauskunft nicht die korrekte Adresse ausfindig gemacht werden.

20 Familien (15% der Stichprobe) haben den Fragebogen nicht beantwortet.

2.5.2 Telefonaktion

Die Telefonaktion fand vom 29.07.02 bis zum 08.08.02 statt und wurde von zwei Mitarbeitern durchgeführt. Nach der Telefonaktion wurden uns weitere 16 Elternfragebögen zugeschickt.

8 Elternfragebögen wurden telefonisch beantwortet. Mit Hilfe der Telefonaktion konnte die Rücklaufrate auf insgesamt 101 Elternfragebögen bzw. 75 % erhöht werden.

Im Rahmen der Telefonaktion wurde nachgefragt, was es den Eltern schwer machte, den Fragebogen auszufüllen.

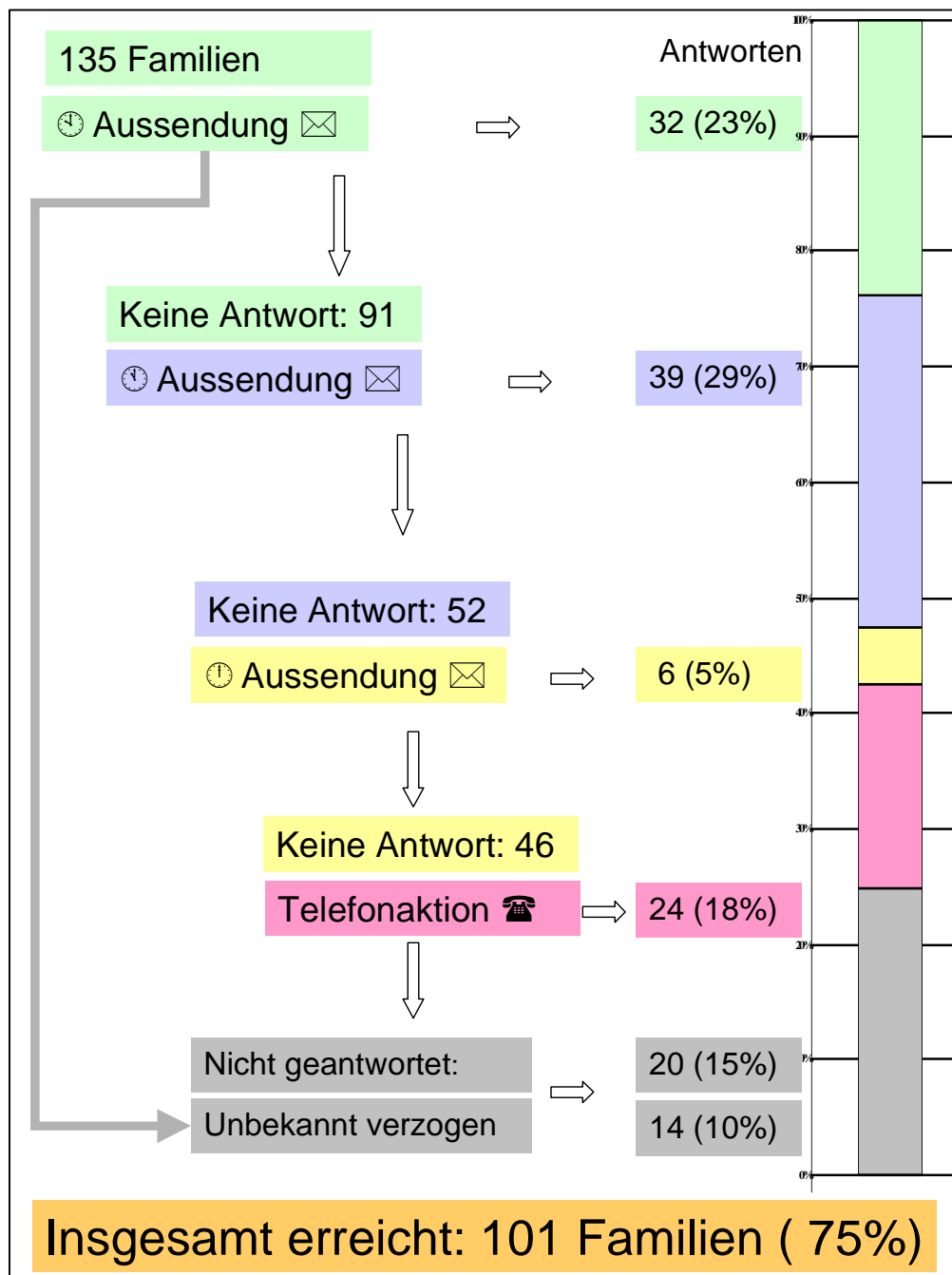
Die Eltern machten folgende Angaben:

- Der Fragebogen wurde nicht ausgefüllt wegen Frustration oder Verdrängen.
- Der Fragebogen wurde nicht ausgefüllt wegen Motivationsmangel.
- Einige Eltern gaben an, keine Zeit zu haben oder im „Stress“ zu sein und versprochen, den Fragebogen zu einem späteren Zeitpunkt auszufüllen.
- Einige Eltern hatten den Fragebogen "vergessen".
- Einige Eltern konnten sich nicht mehr an die Beratung bzw. an das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie erinnern.
- Bei drei ausländischen Eltern bestand ein Sprachenproblem. Sie waren aber bereit, den Fragebogen von einem Familienmitglied übersetzen zu lassen und ihn uns zuzuschicken

Die Gesprächspartner waren sehr freundlich und kooperativ und auch gewillt, den Fragebogen nachzureichen bzw. ihn telefonisch zu beantworten.

Die Ausnahme bildeten zwei Mütter, die recht aggressiv und knapp antworteten, dass sie nichts mehr mit dem Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München zu tun haben wollten.

Abbildung 3: Rücklaufraten



3 ERGEBNISSE

3.1 Überprüfung der Gruppe der Nichtantworter

Es lagen 101 auswertbare Fragebögen zur Elternzufriedenheit vor. 34 Eltern antworteten nicht. Die Anzahl der Nichtantworter ist bei Eltern von einem Kind mit einem niedrigen **psychosozialen Funktionsniveau (Diagnose Achse VI)**, verglichen mit Eltern von einem Kind mit befriedigender Anpassung und leichter sozialer Beeinträchtigung, besonders hoch.

Für die Variablen **Anzahl Termine, Anzahl Episoden, Nationalität, familiäre Situation, Alter bei Befragung, Schule, Schichtgruppe, Hauptdiagnose, Entwicklungsstörungen, Intelligenz, Körperliche Symptomatik** und **Behandlungsergebnis** besteht kein statistischer Zusammenhang bezüglich des Antwortverhaltens.

Tabelle 10: Antwortverhalten * MAS-Achse VI - Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung

ACHSE VI: GLOBALE BEURTEILUNG DES PSYCHOSOZIALEN FUNKTIONSNIVEAUS	LEICHTE BEEINTRÄCH- TIGUNG	BEFRIEDIGENDE ANPASSUNG	7	50
		LEICHTE SOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG	17	
		MÄßIGE SOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG	26	
	DEUTLICHE BEEINTRÄCH- TIGUNG	DEUTLICHE SOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG	32	61
		DEUTLICHE UND ÜBERGREIFENDE SOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG	29	
	GRAVIEREN DE BEEINTRÄCH- TIGUNG	TIEFGREIFENDE UND SCHWERWIEGENDE SOZIALE BEEINTRÄCHTIGUNG	10	13
		PATIENT BRAUCHT BETRÄCHTLICHE/STÄNDIGE BETREUUNG	3	
	FEHLENDE DATEN		11	
	GESAMT		135	

*Sämtliche fehlende Daten gingen nicht in die weitere Berechnung mit ein.

3.2 Elternzufriedenheit mit der Beratung

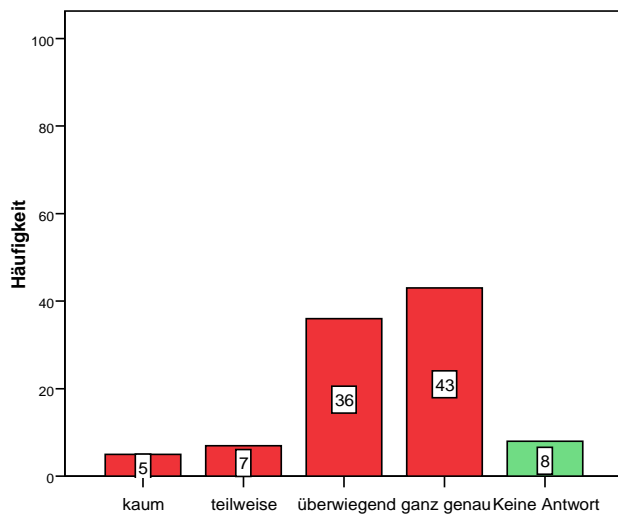
Die Häufigkeiten für jede einzelne Frage unseres Fragebogens werden deskriptiv dargestellt.

Keine Antwort bedeutet, es liegt ein beantworteter Fragebogen vor, aber nur diese Frage wurde nicht beantwortet und in der folgenden deskriptiven Beschreibung dargestellt.

Im Mittelwerte-Vergleich wurden diese Fragen nicht berücksichtigt.

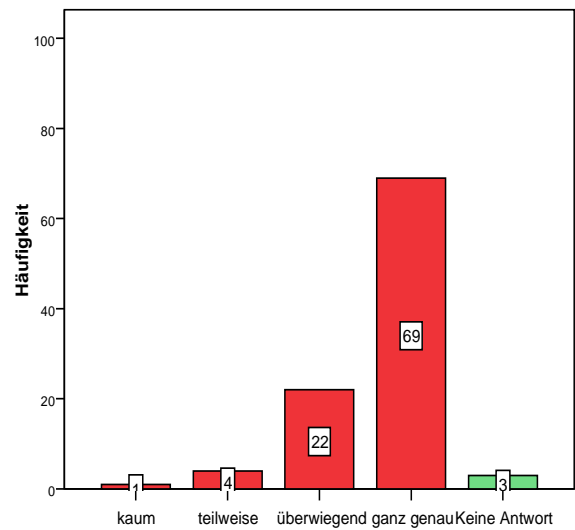
Die negativ formulierte Frage „*Ich habe mich über die Mitarbeiter geärgert*“, wurde umkodiert.

1. Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist telefonisch gut erreichbar



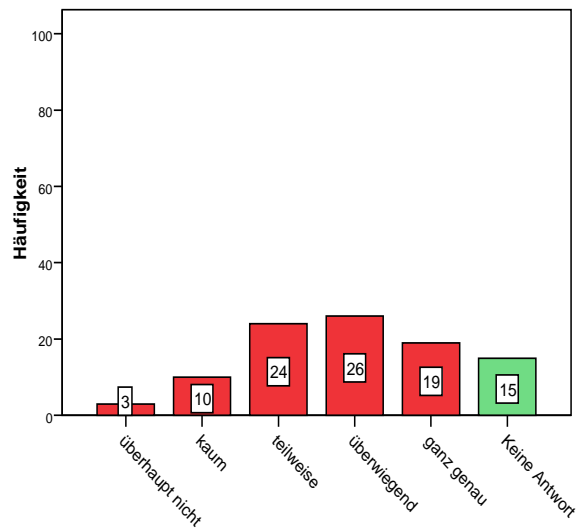
MW = 3,29, STD = 0,8

2. Die Mitarbeiter des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten Verständnis für unsere Situation



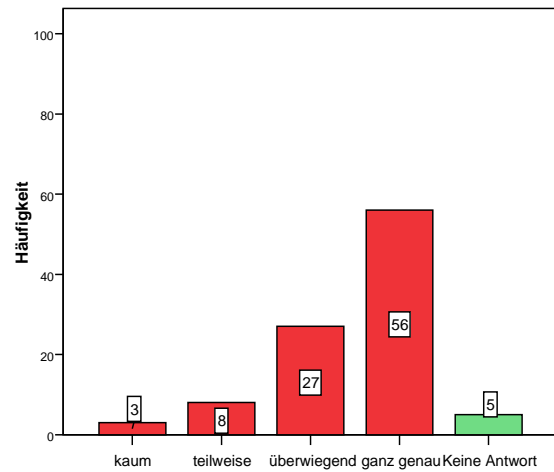
MW = 3,66, STD = 0,6

3. Als Familie kommen wir jetzt besser miteinander aus



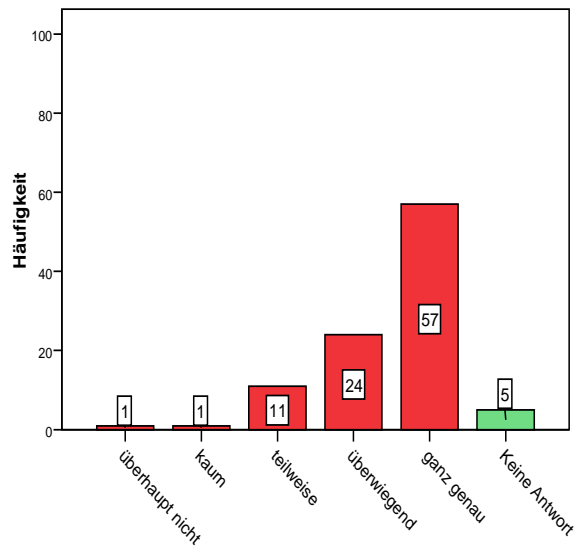
MW = 2,59, STD = 1,0

4. Ich hatte Vertrauen zu den Mitarbeitern des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie



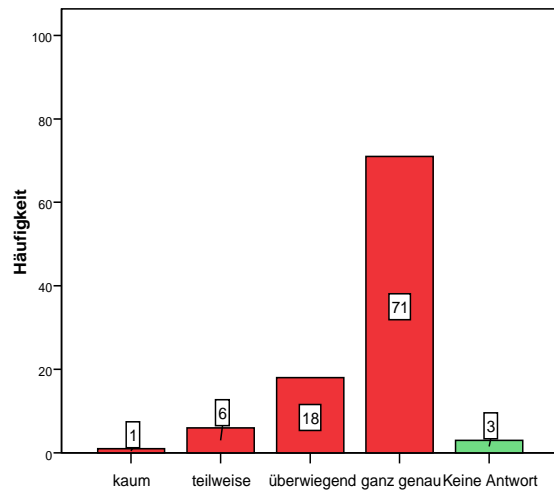
MW = 3,45, STD = 0,7

5. Die Mitarbeiter verstanden das Wesentliche von den Problemen, die Anlass unseres Kommens waren



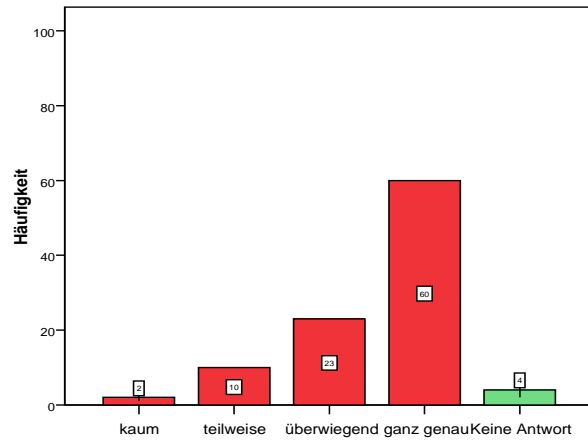
MW = 3,44, STD = 0,8

6. Ich konnte mit den Mitarbeitern offen reden



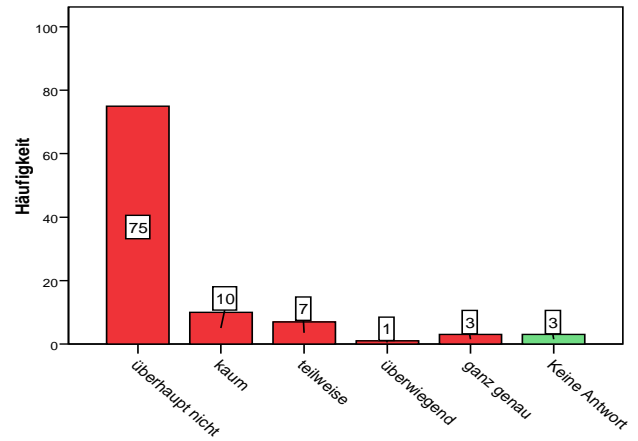
MW = 3,66, STD = 0,6

7. Ich fühlte mich ausreichend in die Beratung einbezogen



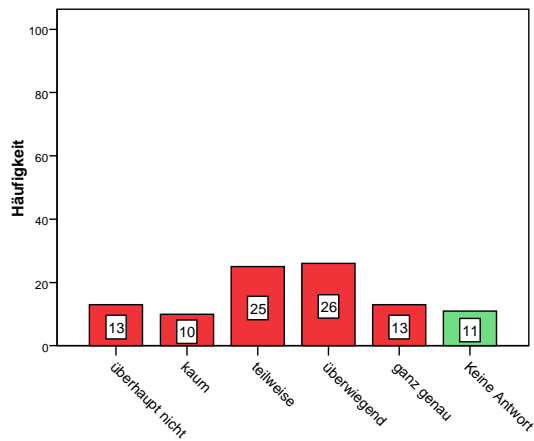
MW = 3,48, STD = 0,7

8. Ich habe mich über die Mitarbeiter geärgert



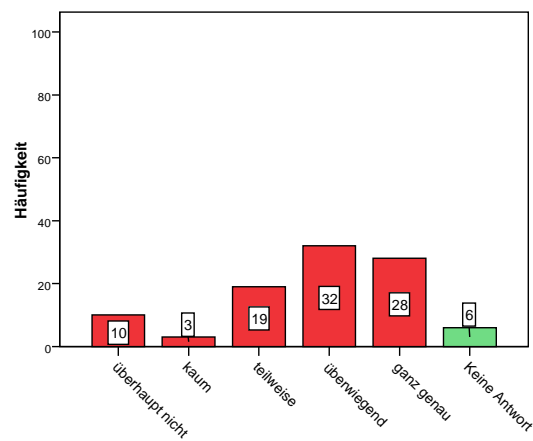
MW = 0,41, STD = 0,9

9. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Beratung gebessert



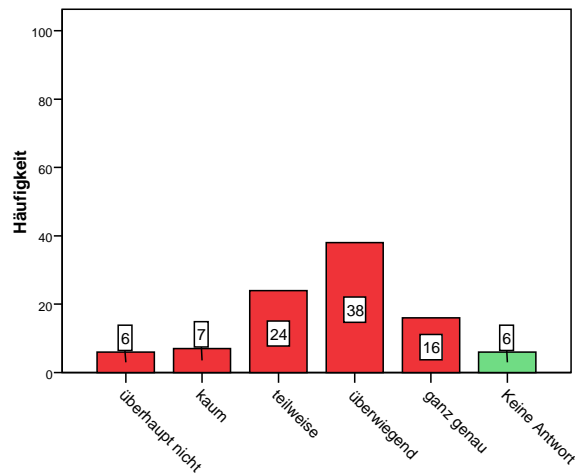
MW = 2,18, STD = 1,2

10. Durch die Gespräche mit den Mitarbeitern bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes



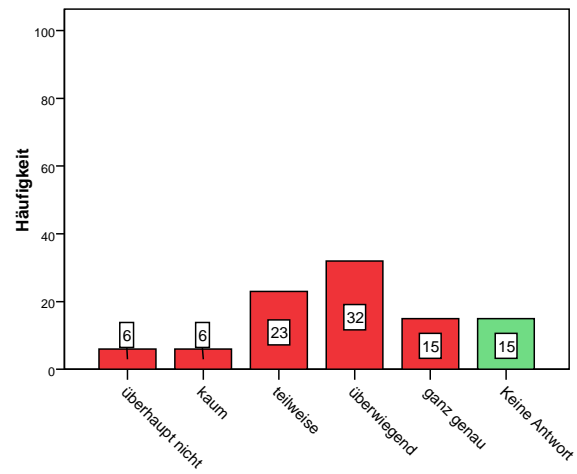
MW = 2,71, STD = 1,2

11. Im Verlauf der Beratung bin ich auch für mich persönlich ein Stück weitergekommen



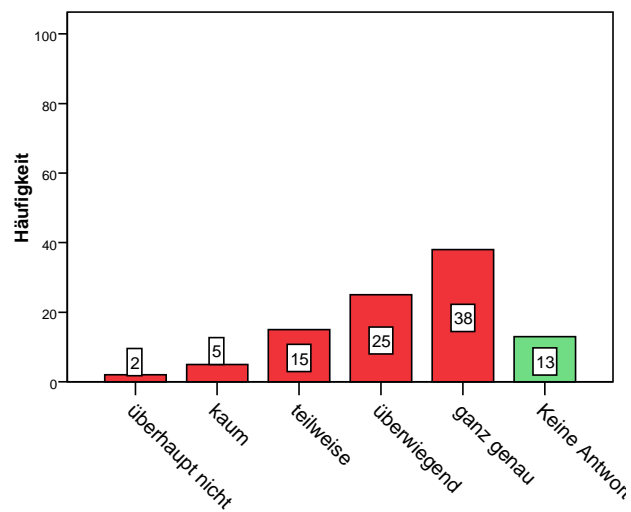
MW = 2,56, STD = 1,0

12. Im Verlauf der Beratung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern



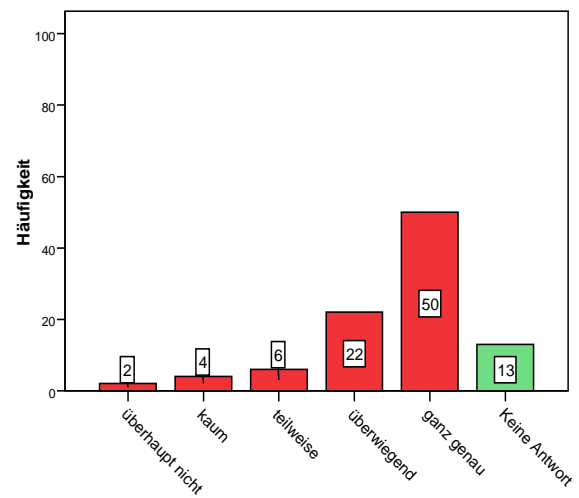
MW = 2,54, STD = 1,1

13. Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen (Arzt, Psychologin, Sozialpädagogin) hat für uns zum Verständnis beigetragen



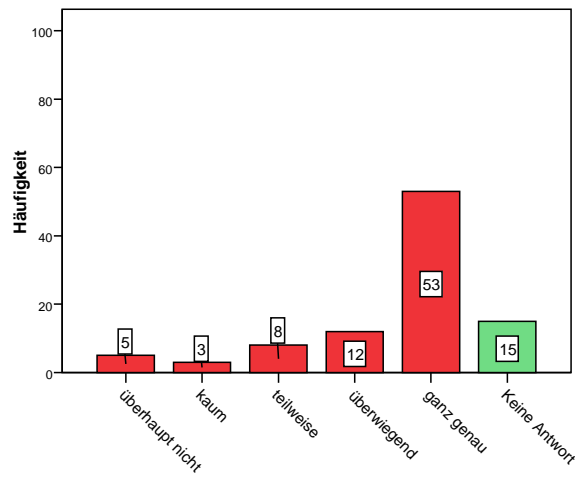
MW = 3,08, STD = 1,0

14. Ich wurde über Sinn und Zweck der Behandlungsempfehlungen ausreichend informiert



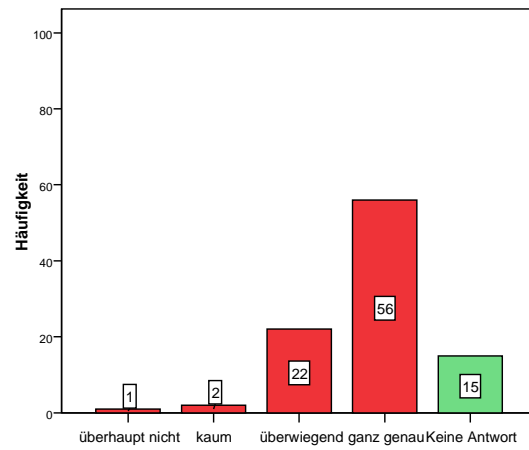
MW = 3,36, STD = 0,9

15. Mit den Vorschlägen für eine weiterführende Behandlung war ich einverstanden



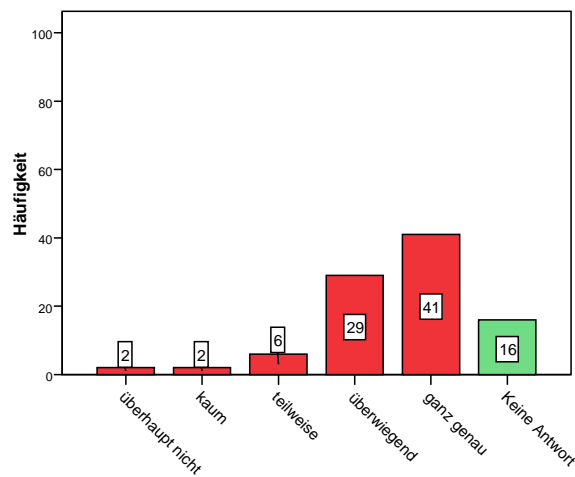
MW = 3,30, STD = 1,1

16. Der Abschlussbrief war verständlich



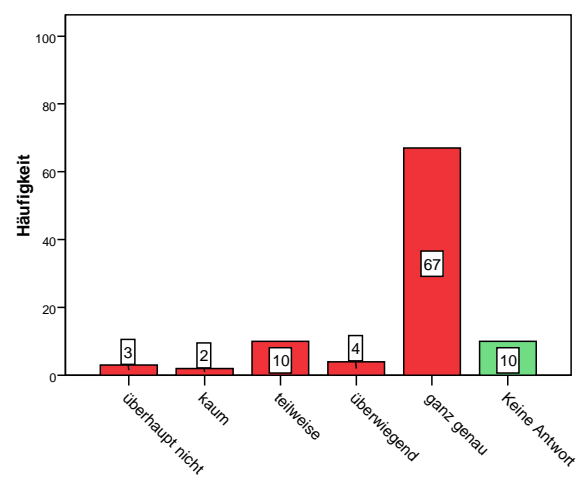
MW = 3,60, STD = 0,7

17. Ich konnte die Aussagen des Abschlussbriefes akzeptieren



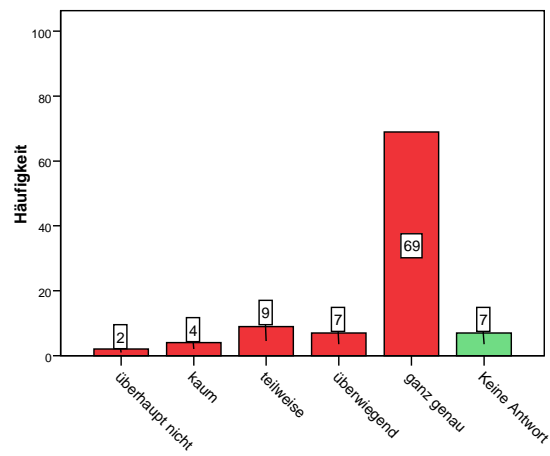
MW = 3,31, STD = 0,9

18. Ich würde bei einem anderen Problem wieder kommen



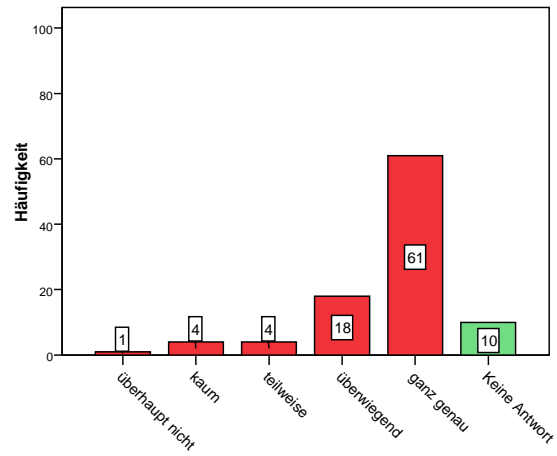
MW = 3,51, STD = 1,0

**19. Ich würde das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Freunden und Bekannten empfehlen**



MW = 3,51, STD = 0,9

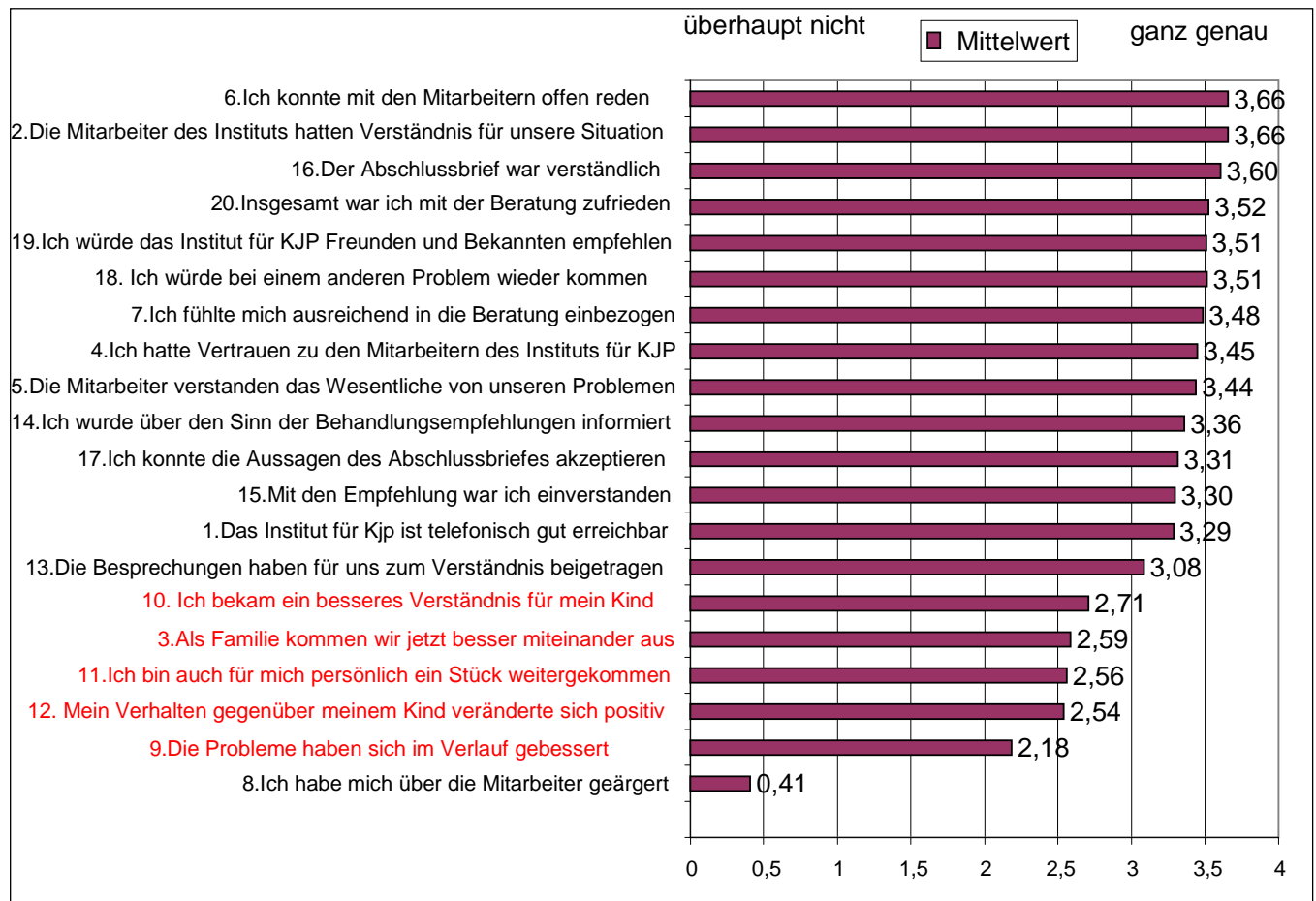
20. Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden



MW = 3,52, STD = 0,8

Die **Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung** wird in der folgenden Tabelle in Form einer Rangreihe (von den höchsten bis zu den niedrigsten Mittelwerten) dargestellt.

Abbildung 4: Behandlungszufriedenheit: Rangreihe



Fragen, die sich auf die **Prozeßqualität** beziehen haben einen höheren Mittelwert (Maximum **3,66**) als Fragen, die sich auf die **Ergebnisqualität** beziehen (Minimum **2,18**).

Zur Berechnung des Eltern-Gesamtwertes wurde die Frage 8 umkodiert, hier zur korrekten, verständlichen Darstellung mit dem Mittelwert 0,41 belassen.

3.2.1 Häufigkeiten nicht beantworteter Fragen

Fragen	Nicht beantwortet
• Ich konnte die Aussagen des Abschlussbriefes akzeptieren	16
• Ich konnte mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern	15
• Mit den Behandlungsvorschlägen war ich einverstanden.	15
• Der Abschlussbrief war verständlich	15
• Als Familie kommen wir jetzt besser miteinander aus	15
• Die gemeinsame Besprechung hat für uns zum Verständnis beigetragen	13
• Ich wurde über die Behandlungsempfehlungen ausreichend informiert	13
• Die Probleme meines Kindes haben sich gebessert	11
• Ich würde bei einem anderen Problem wiederkommen	10
• Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden	10
• Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist telefonisch gut erreichbar	8
• Ich würde das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie Freunden und Bekannten empfehlen	7
• Durch die Gespräche bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme	6
• Ich bin auch für mich persönlich ein Stück weitergekommen	6
• Ich hatte Vertrauen zu den Mitarbeitern	5
• Die Mitarbeiter verstanden das Wesentliche von den Problemen	5
• Ich fühlte mich ausreichend in die Beratung einbezogen	4
• Ich habe mich über die Mitarbeiter geärgert	3
• Ich konnte mit den Mitarbeitern offen reden	3
• Die Mitarbeiter hatten Verständnis für unsere Situation	3

Nur drei Eltern beantworteten nicht die Fragen bezüglich der Mitarbeiter.

Die Fragen zum Abschlussbrief und die Fragen, ob die Familie jetzt besser miteinander auskomme bzw. ob die Eltern eine bessere Beziehung zu ihren Kindern aufbauen konnten wurden häufiger nicht beantwortet.

Die Frage „Vorschläge für eine weiterführende Behandlung“ wurde ebenfalls von relativ vielen Eltern nicht beantwortet. Möglicherweise waren verschiedene Eltern mit den Behandlungsvorschlägen nicht einverstanden oder empfanden die Umsetzung in den Alltag als schwierig und ließen im Sinne der sozialen Erwünschtheit oder aus Unsicherheit diese Frage offen.

Somit erkennen wir eine maximale Anzahl *Nichtbeantworteter* im Bereich der **Ergebnisqualität** und ein Minimum von *Nichtbeantwortern* im Bereich der **Prozessqualität**.

Verglichen mit den Ergebnissen der tabellarischen Darstellung der Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung (Abbildung 4) dürfen wir davon ausgehen, dass ein **Zusammenhang zwischen Nichtantworter und dem Grad der Zufriedenheit** der Eltern mit der Beratung besteht.

3.2.2 Die Antworten auf die offenen Fragen

Im Anschluss ist eine Auswahl von frei formulierten Antworten der Eltern auf die offenen Fragen wiedergegeben.

- Die Frage „**Kritik und Anregungen**“ wurde von 40 Eltern (40,4 %) beantwortet, davon waren 15 Antworten (37,5 %) als positive und 25 Antworten (62,5 %) als negative Kritik zu verzeichnen.
- Die zweite offene Frage „**Wie geht es Ihrem Kind jetzt ?**“ wurde von 86 Eltern (86,86 %) beantwortet, davon waren 59 Eltern (68,6 %) der Meinung, dass es ihrem Kind jetzt besser geht, 27 Eltern (31,4 %) waren der Meinung, dass sich die Probleme ihres Kind nicht gebessert haben.

Kritik und Anregungen (40 % Antworten):

- Die Räume sind sehr nüchtern und erwecken vorerst mal kein Vertrauen
- Bessere telefonische Erreichbarkeit des Therapeuten und flexiblere Beratungstermine für berufstätige Eltern erwünscht
- Bessere Zusammenarbeit des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Jugendamt erwünscht
- Auf unser Kind wurde nicht eingegangen
- Als Mutter habe ich mich nicht akzeptiert gefühlt, sehr aufwändiges Diagnoseverfahren, wenig Informationen über die Erkrankung
- Längere Therapie gewünscht
- Mehr Beratung gewünscht
- Wir fühlen uns durch die Nachbefragung stark belastigt
- Der Fragebogen hätte früher kommen können
- Keinerlei Kritik möglich, da nur eine Beratungsstunde gehabt und totale Besserung des Kindes
- Wir haben immer einen Termin bekommen, die Beratung war sehr hilfreich und unterstützend, angenehme Atmosphäre
- Machen Sie weiter so, die Beratung hat uns ein gutes Stück weitergebracht
- Wir hatten eine gute Beziehung zum Arzt
- Die Beratung hat zum Verständnis beigetragen

Wie geht es Ihrem Kind jetzt? (87 % Antworten)

- Das Problem des Kindes wurde nicht im Rahmen der Beratung gelöst
 - Mein Kind hat massive Probleme in der Schule, ist aggressiv und gefährdet andere Kinder
 - Unser Kind hat noch Konzentrationsstörungen
 - Zustand unverändert
 - Zustand bleibt wechselhaft
 - Mein Kind ist immer noch sehr still, Probleme haben sich kaum gebessert
 - Mein Sohn ist weiterhin sehr Stimmungs-labil
 - Unserem Kind geht es erst seit der stationären Behandlung besser
 - Unserem Kind geht es relativ gut. Es leidet unter der angespannten Familiensituation (Eltern)
-
- Meine Tochter ist einen großen Schritt vorangekommen
 - Mein Ex-Mann ist ausgezogen und seitdem geht es meinem Sohn besser
 - Mein Sohn kann jetzt Konflikte besser lösen
 - Meine Tochter kann jetzt besser mit Stresssituationen umgehen, sie ist stabiler geworden
 - Dank der Beratung hat mein Kind seine pubertären Probleme gut bewältigt
 - Bessere Konzentration, gute Noten, Zielorientiert, kaum noch depressive Episoden
 - Positive Entwicklung, keine Schulprobleme mehr
 - Super! Es gibt keine Probleme mehr!

Tabelle 11: Beurteilung der Behandlung durch die Eltern (FBBm)

	Beurteilung der Behandlung n=101	MW	STD
Skala 1	Erfolg der Behandlung	2,50	0,9
	Skala 1.1 Patient	2,18	1,2
	Skala 1.2 Beziehung Eltern- Patient	2,57	1,1
	Skala 1.3 Eltern selbst	2,56	1,1
	Skala 1.4 Familienbeziehungen	2,58	1,1
Skala 2	Verlauf der Behandlung	3,44	0,6
	Skala 2.1 Beziehung Eltern-Therapeut	3,48	0,6
	Skala 2.2 Rahmenbedingungen	3,28	0,8
	Skala 2.3 Behandlungsempfehlungen	3,31	0,9
	Skala 2.4 Abschlussbrief	3,43	0,7
	Skala 2.5 Beratung und Institut	3,51	0,9
Eltern- Gesamt- wert		3,20	0,6

Nach der Likert-Skalierung (0 = überhaupt nicht, 1 = kaum, 2 = teilweise, 3 = überwiegend, 4 = ganz genau) liegt der **Eltern-Gesamt-Mittelwert bei 3,20**, dies entspricht einer Elternzufriedenheit von **"überwiegend"**. Somit wird die Beurteilung der Behandlung insgesamt gesehen positiv beurteilt, d.h. im Durchschnitt werden „teilweise“ bis „überwiegend“ positive Aspekte konstatiert. Der niedrigste Mittelwert bezieht sich mit 2,18 auf die Skala 1.1 (Erfolg Patient). Der höchste Mittelwert bezieht sich mit 3,51 auf die Skala 2.5 (Erfolg Beratung und Institut). Die Standardabweichung des Eltern-Gesamtwertes liegt bei 0,6. Die Skalen, die sich auf die Prozessqualität beziehen, haben im Durchschnitt immer günstigere Werte als die Erfolgsbeurteilungen, d.h. Eltern stellen im Durchschnitt hinsichtlich des Behandlungsprozesses und der allgemeinen Zufriedenheit „überwiegend positive Aspekte“ fest. Die Beurteilungen des Behandlungserfolges liegen im Vergleich dazu etwas niedriger.

3.3 Verhaltenseinschätzung durch die Eltern bei der Nachbefragung

Insgesamt lagen 81 verwertbare Achenbach-Fragebögen vor.

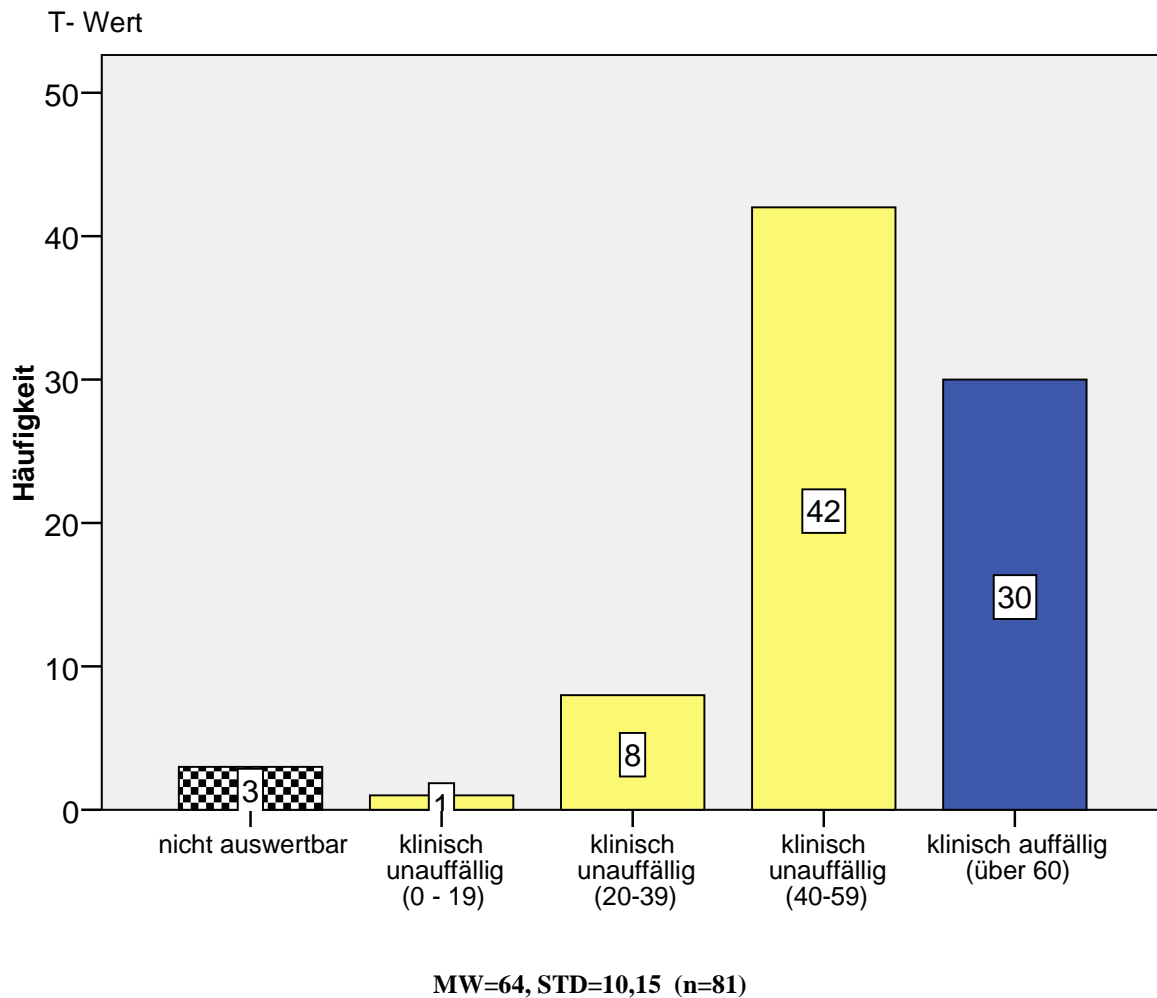
3.3.1 Gesamtwert für das Problemverhalten

51 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung **klinisch unauffällig**, davon

- Klinisch unauffällig: 1 Patient
- Weitgehend klinisch unauffällig: 8 Patienten
- Subklinisch unauffällig: 42 Patienten

30 Patienten waren **klinisch auffällig**

Abbildung 5: Verhaltensfragebogen: Gesamtwert für das Problemverhalten



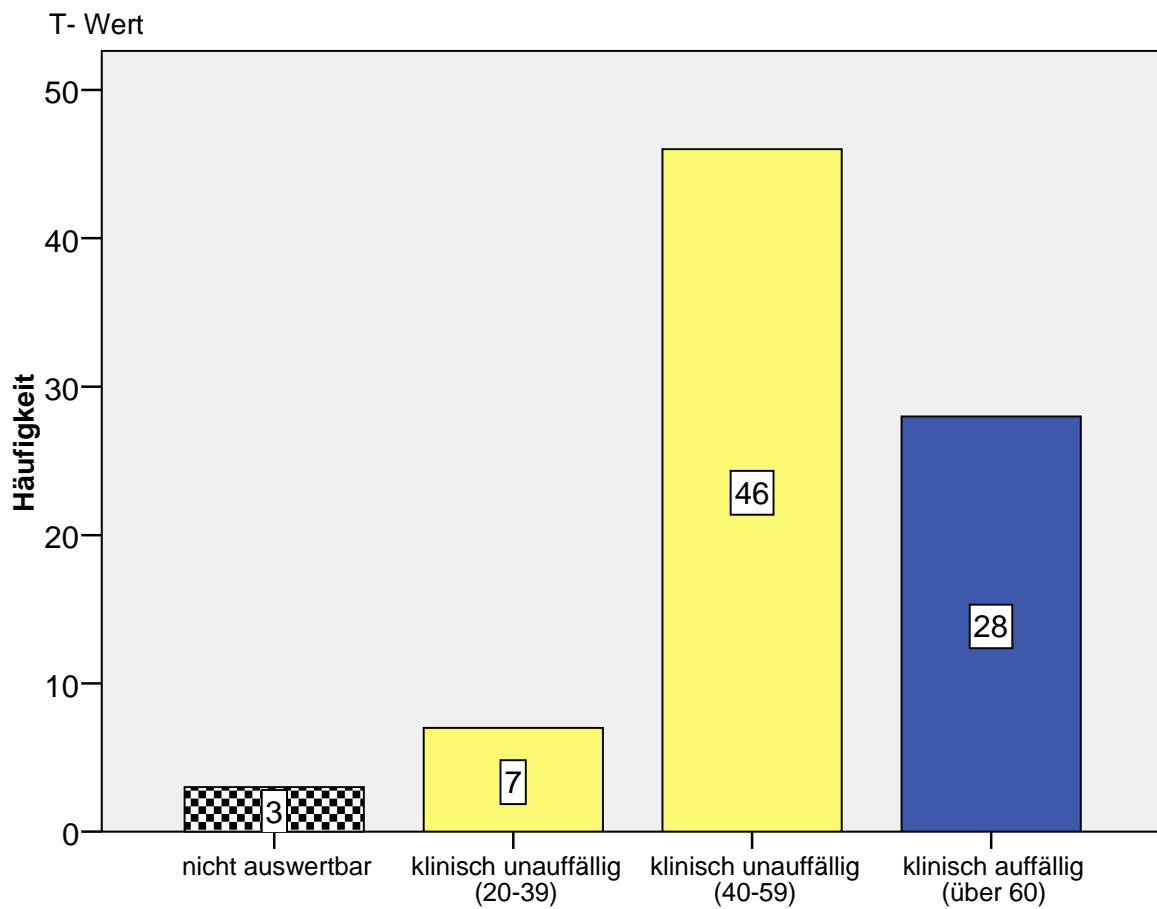
3.3.2 Internalisierende Störungen

53 Patienten waren zum Zeitpunkt der Befragung **klinisch unauffällig**, davon

- Weitgehend klinisch unauffällig: 7 Patienten
- Subklinisch unauffällig: 46 Patienten

28 Patienten waren **klinisch auffällig**.

Abbildung 6: Verhaltensfragebogen: Internalisierende Störungen



MW=61,8, STD=11,15 (n=81)

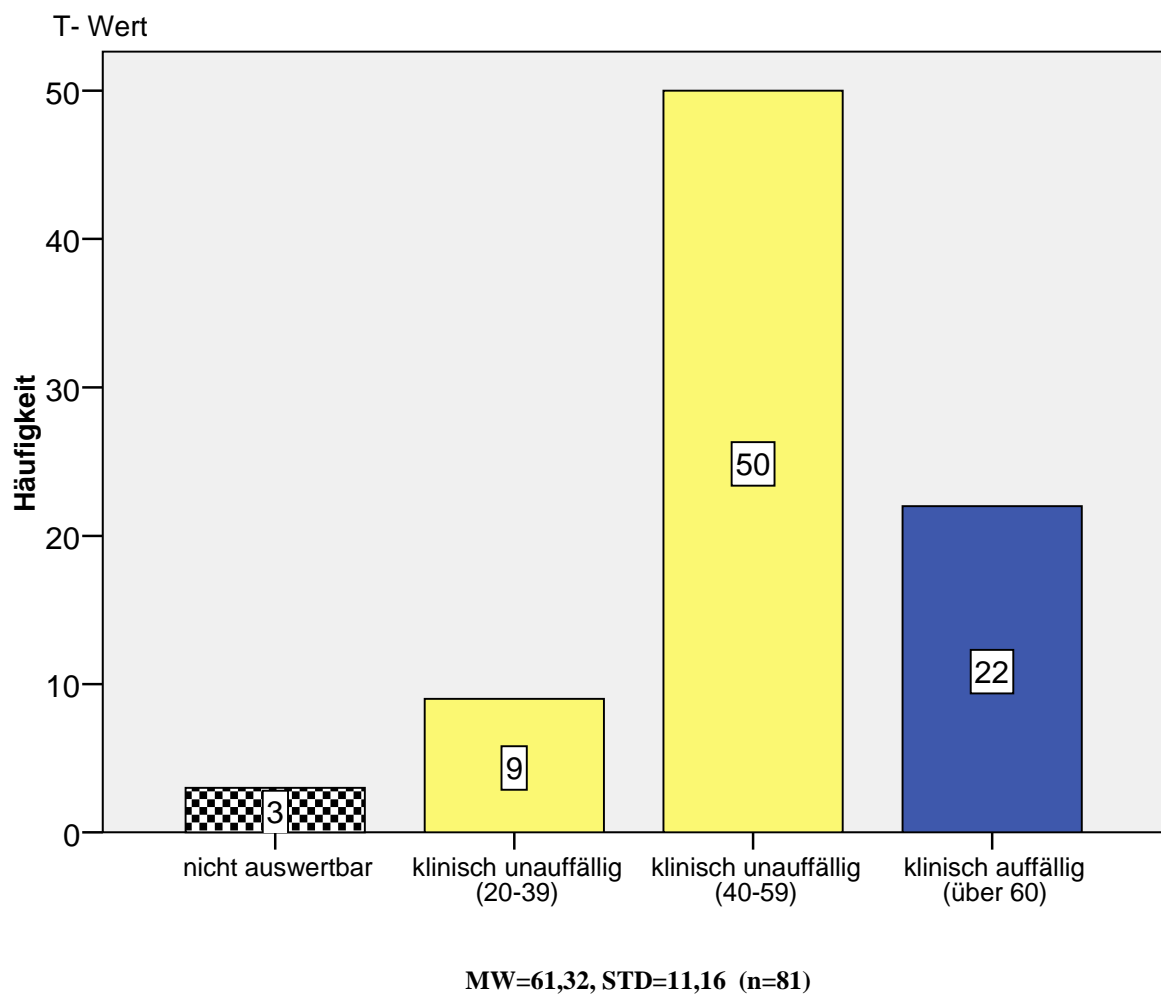
3.3.3 Externalisierende Störungen

59 Patienten waren **zum Zeitpunkt der Befragung klinisch unauffällig**, davon

- Weitgehend klinisch unauffällig: 9 Patienten
- Subklinisch unauffällig: 50 Patienten

22 Patienten waren **klinisch auffällig**.

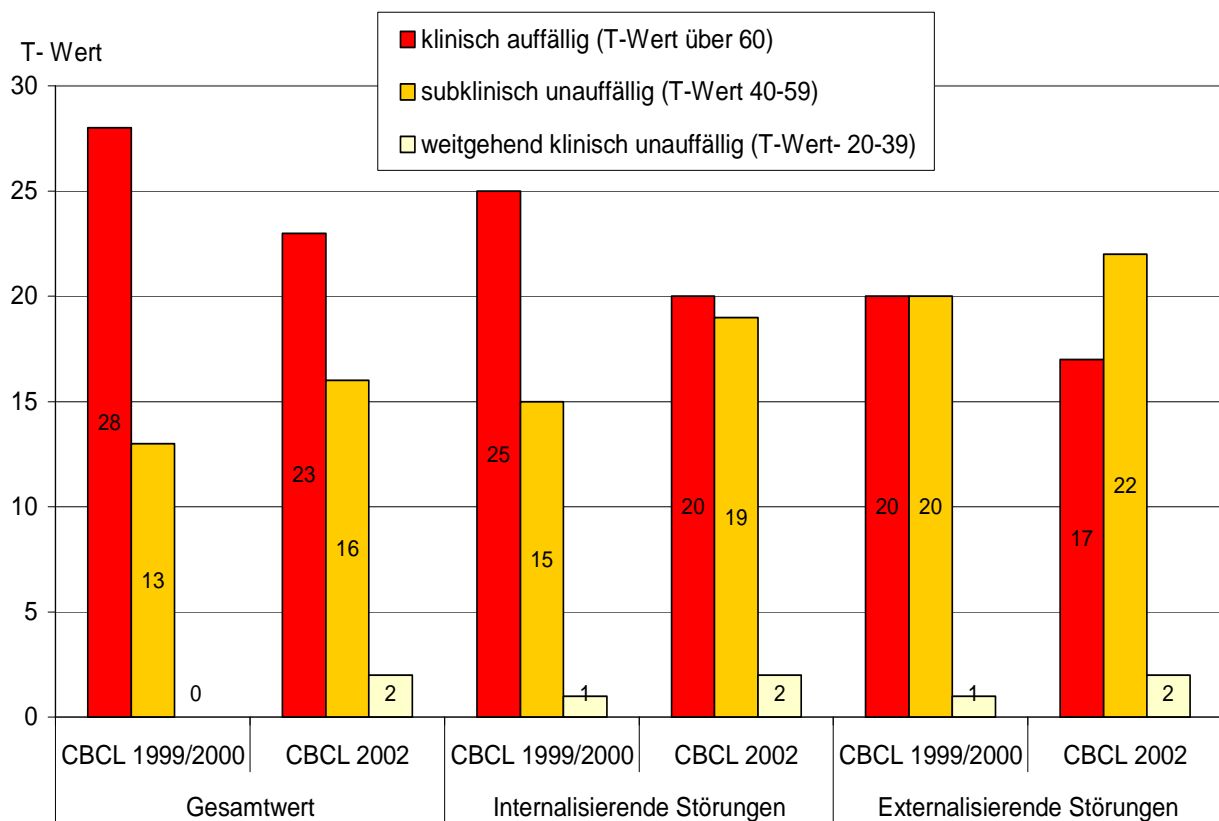
Abbildung 7: Verhaltensfragebogen: Externalisierende Störungen



3.4 3-Jahres-Langzeitverlauf (1999/2000 bis 2002) - aus Sicht der Eltern

Von 41 Patienten liegen die Werte des **Verhaltensfragebogens** zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Poliklinik (1999-2000) und dem Zeitpunkt der Befragung (**Verhaltensfragebogen 2002**) vor. Die Ausgangswerte können mit den Werten aus dem Jahr 2002 verglichen werden. Mit diesem Vergleich ist eine Drei-Jahresverlaufsbeurteilung dieser Stichprobe aus Elternsicht möglich.

Abbildung 8: Teilstichprobe: Sichtweise der Eltern



- Klinisch unauffällig: T-Wert: 0 - 19
- Weitgehend klinisch unauffällig: T-Wert: 20 – 39
- Subklinisch unauffällig: T-Wert: 40 – 59
- Klinisch auffällig: T-Wert: 60 – 110

Beim Vergleich der aktuellen Werte (2002) mit den Werten bei Aufnahme des Patienten (1999-2000) konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

Die Besserung des **Gesamtwertes der Problematik** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,85 als bedeutend eingestuft (MW= 64,0; STD= 10,1 (CBCL 1999/2000), MW=52,8, STD= 16,1 (CBCL 2002)).

Internalisierende Störungen zeigen im Langzeitverlauf folgende Werte auf: MW= 61,8; STD= 11,1 (CBCL 1999/2000), MW=52,9, STD= 14,9 (CBCL 2002).

Die Besserung der **Internalisierenden Störungen** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,68 als mittel eingestuft.

Externalisierende Störungen sind aus Sicht der Eltern mit einem MW= 61,3, STD= 11,1 (CBCL 1999/2000) und MW=51,3, STD= 14,9 (CBCL 2002) weniger auffällig als die internalisierenden Störungen.

Die Besserung der **Externalisierenden Störungen** wird aus Sicht der Eltern von 1999/2000 bis 2002 mit einer Effektstärke von 0,77 als mittel eingestuft.

Wie bereits im Methodikteil erwähnt, gehen die **gemischten Störungen**, die weder den internalisierenden noch den externalisierenden Störungen zugeordnet werden können, in die Berechnungen des Gesamtwertes mit ein und erhöhen den **Gesamtwert des Problemverhaltens**.

Eltern sehen im **Entwicklungsverlauf ihres Kindes** eine Besserung.

Der Gesamtwert des Problemverhaltens sowie die internalisierenden und externalisierenden Störungen ändern sich aus Sicht der Eltern positiv im Langzeitverlauf.

Tabelle 12: Entwicklung - Langzeitverlauf

ENTWICKLUNG - LANGZEITVERLAUF AUS SICHT DER ELTERN TEIL- STICHPROBE N=41					
	CBCL ELTERN 1999/2000		EFFEKTSTÄRKE (CBCL 1999/2000 UND CBCL 2002)	CBCL ELTERN 2002	
	MW	STD		MW	STD
GESAMTWERT	64,0	10,1	0,85	52,8	16,1
INTERNALISIEREND	61,8	11,1	0,68	52,9	14,9
EXTERNALISIEREND	61,3	11,1	0,77	51,3	14,9

klinisch auffällig bei $T \geq 67$

Effektstärken: <0,2 unbedeutend, 0,21-0,50 gering, 0,51-0,80 mittel, >0,80 bedeutend

Abbildung 9: Entwicklungsverlauf - Langzeitverlauf

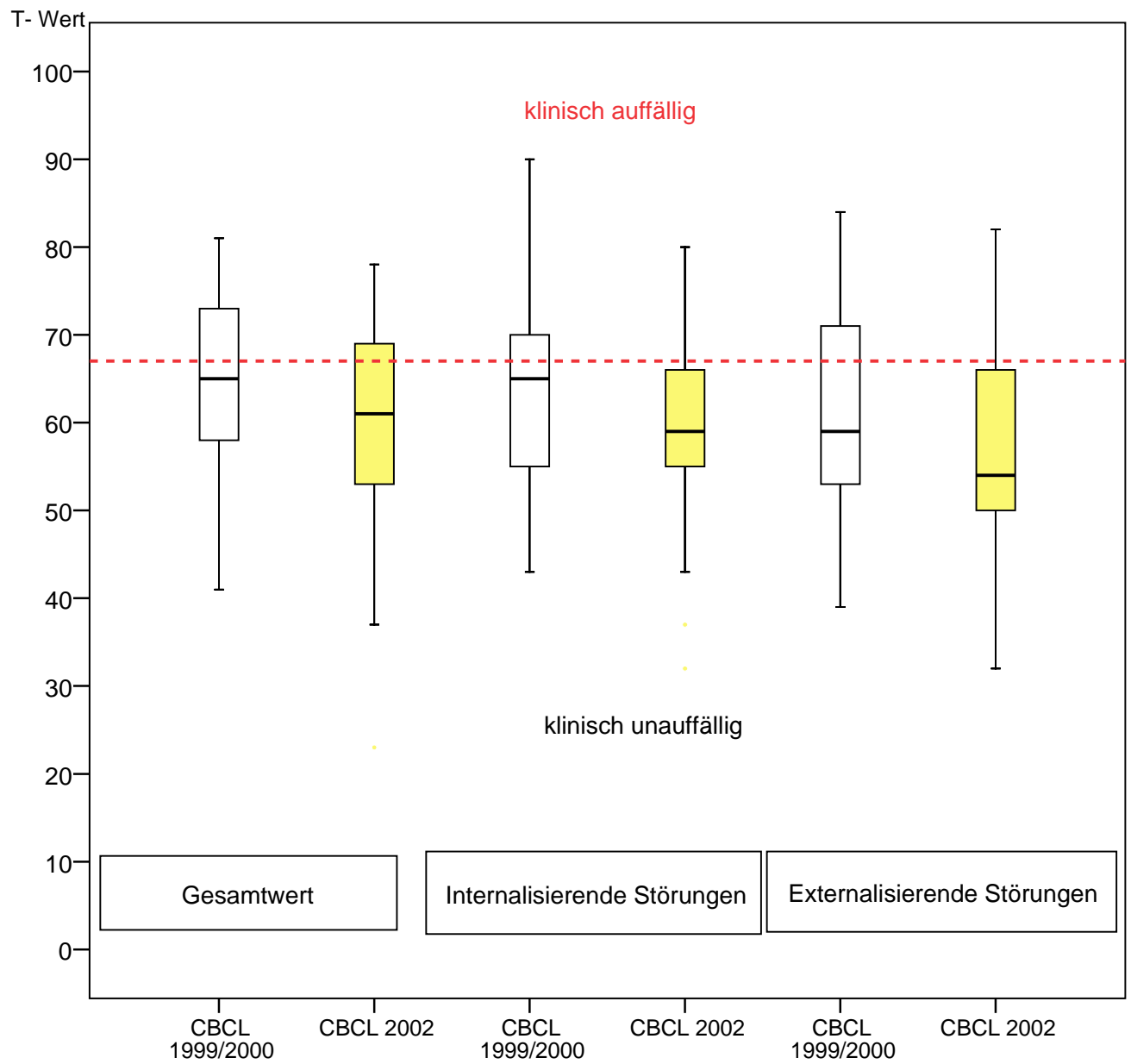


Tabelle 13: Vergleich der aktuellen Werte des Verhaltensfragebogens mit den Werten bei Aufnahme des Patienten

		2002		Gesamt
		Unauffällig	Auffällig	
1999-2000	Unauffällig	^a 8	^b 5	13
	Auffällig	^c 10	^d 18	28
Gesamt		18	23	41

Die größte Gruppe stellt sich mit achtzehn Patienten (**Feld d**) als „**stabil auffällig**“ dar.

Acht Patienten dieser Stichprobe gelten als „**stabil unauffällig**“ (**Feld a**).

Bei fünf Patienten dieser Stichprobe (n = 41) hat sich die Situation im Drei-Jahresverlauf verschlechtert. Sie können im Jahre 2002 der Gruppe „**Klinisch auffällig**“ zugeordnet werden (**Feld b**).

Bei zehn Patienten dieser Stichprobe (n = 41) hat sich die Situation im Drei-Jahresverlauf deutlich gebessert. Sie können im Jahre 2002 der Gruppe „**Klinisch unauffällig**“ zugeordnet werden (**Feld c**).

3.4.1 Verhalten und Entwicklungsverlauf

Die Daten aller „gebesserten“ und „verschlechterten“ Patienten wurden überprüft hinsichtlich der **Hauptdiagnose**, der **Intelligenz**, der **körperlichen Erkrankungen**, der **familiären Beziehungen**, der **globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus** und des **Funktionsniveaus von Beziehungen** und miteinander verglichen.

- Bezüglich der **Hauptdiagnose** überwiegen bei den „gebesserten“ Patienten die emotionalen Probleme (50 %) gegenüber externalisierende Verhaltensauffälligkeiten bei den „verschlechterten“ Patienten (40 %).
- Die **familiären Belastungen** (Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände) sind bei allen „verschlechterten“ Patienten hoch.
Bei den „gebesserten“ Patienten finden sich 10 % gute, 30 % unbefriedigende und 60 % schlechte familiäre Beziehungen.
- Das **Funktionsniveau von Beziehungen** in der Ausgangssituation (Achse VI: Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus) ist bei allen „verschlechterten“ Patienten niedrig.
Bei den „gebesserten“ Patienten finden sich 40 % gut funktionierende und in 60 % der Familien gestörte Beziehungen.
- Bezüglich der **Intelligenz** und der **körperlichen Erkrankungen** bestehen keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

Fazit: Das Behandlungsergebnis steht in Zusammenhang mit dem Schweregrad der familiären Belastungen, dem psychosozialen Funktionsniveau und der Diagnose (Emotionale Problematik/ externalisierende Verhaltensauffälligkeiten) des Kindes.

3.4.2 Einfluss der Prädiktoren auf die Elternzufriedenheit

Mögliche Prädiktoren aus der Basisdokumentation und dem Verhaltensfragebogen wurden im Rahmen der bivariaten Auswertung mit Hilfe der Chi-Quadrat-Testung nach Pearson (Bühl und Zöfel 2000c) errechnet. In der folgenden Tabelle sind jene Prädiktoren aufgeführt, die im Chi-Quadrat-Test nach Pearson mit $< 0,05$ signifikant waren.

Tabelle 14: Einfluss der Prädiktoren auf die Elternzufriedenheit

	Elternzufriedenheit (2002) n=101								
	Skala 1:	Skala 1.1	Skala 1.2	Skala 1.3	Skala 2	Skala 2.1	Skala 2.2	Skala 2.5	Skala
	Erfolg der Behandlung	Erfolg Patient	Erfolg Beziehung Eltern-Patient	Erfolg Eltern selbst	Verlauf der Behandlung	Erfolg Beziehung Eltern-Therapeut	Erfolg Rahmenbedingungen	Erfolg Beratung und Institut	Gesamtzufriedenheit
Basisdokumentation 1999/2000									
Alter zum Zeitpunkt der Befragung	0,026		0,036	0,008					
Familiäre Belastung (Diagnose Achse V)	0,028		0,042	0,023			0,048		0,041
Verhaltensfragebogen (2002)									
Gesamtwert für das Problemverhalten	0,011		0,002	0,001					0,001
Externalisierende Störungen	0,001					0,028			
Internalisierende Störungen	0,006		0,001						

Legende: Signifikanz: $p \leq 0,05$

3.4.3 Prädiktoren der Ausgangsstichprobe (Basisdokumentaion)

Das **Alter zum Zeitpunkt der Befragung** zeigt einen Zusammenhang mit der Elternzufriedenheit:

- Eltern der 11 bis 18 jährigen Kinder konnten ihre bessere Beziehung zu ihren Kindern aufbauen als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder.
- Eltern der 11 bis 18 jährigen Kinder sind nach eigener Einschätzung persönlich weitergekommen als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder.
- Eltern der 11 bis 18 jährigen Kinder sind zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder.

Insgesamt sind die Eltern der 11 bis 18 jährigen Kinder zufriedener mit der Beratung als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder.

Hoch belastete Familien (Diagnose Achse V) zeigen nach drei Jahren eine höhere Gesamtzufriedenheit mit der Beratung und sind zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung des Kindes als wenig belastete Familien.

Außerdem waren hoch belastete Familien der Ansicht, dass sie im Anschluss an die Beratung eine bessere Beziehung zu ihren Kindern aufbauen konnten als nicht belastete Familien.

Familien in einer hohen Belastungssituation sind insgesamt mit der Beratung zufrieden und finden häufig im Rahmen der Beratung auch für sich selber positive Entwicklungs- und Problemlösungsmöglichkeiten. Allerdings zeigten sich hoch belastete Familien weniger zufrieden mit den Rahmenbedingungen als nicht belastete Familien.

3.4.4 Zusammenhang zwischen Verhaltensfragebogen und Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung

Der Gesamtwert für das Problemverhalten (TOT-T), die Externalisierenden Störungen und Internalisierenden Störungen aus dem aktuellen Verhaltensfragebogen zum Zeitpunkt der Befragung (2002) zeigen einen Zusammenhang mit den Skalen der Zufriedenheit.

Gesamtwert für das Problemverhalten

- Gesamtwert (TOT-T) und Erfolg der Behandlung:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder waren zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als Eltern auffälliger Kinder.
- Gesamtwert (TOT-T) und Erfolg Beziehung Eltern-Patient:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder konnten eine bessere Beziehung zu diesen aufbauen als Eltern auffälliger Kinder.
- Gesamtwert (TOT-T) und Erfolg selbst:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder sind persönlich weitergekommen als Eltern auffälliger Kinder.
- Gesamtwert (TOT-T) und Gesamtzufriedenheit:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder zeigten eine größere Gesamtzufriedenheit als Eltern auffälliger Kinder.

Externalisierende Störungen

- Externalisierende Störungen und Erfolg der Behandlung:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder waren zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten.
- Externalisierende Störungen und Erfolg Beziehung Eltern-Therapeut:
Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder hatten eine bessere Beziehung zu ihrem Therapeuten als Eltern von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten.

Internalisierende Störungen

- Internalisierende Störungen und Erfolg der Behandlung:
Eltern von Kindern mit emotionalen Problemen waren zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder.
- Internalisierende Störungen und Erfolg Beziehung Eltern-Patient:
Eltern von Kindern mit emotionalen Problemen konnten eine bessere Beziehung zu ihrem Kind aufbauen als Eltern wenig auffälliger Kinder.

Fazit: Bezüglich des Gesamtwertes für das Problemverhalten und der externalisierenden Störungen sind die Eltern unauffälliger Kinder zufriedener mit der Beratung als die Eltern auffälliger Kinder. Bezüglich der internalisierenden Störungen zeigten sich im Gegensatz hierzu Eltern von Kindern mit emotionalen Problemen zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung und konnten eine bessere Beziehung zu ihrem Kind aufbauen als Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder.

3.5 Multivariate Varianzanalyse

Mit Hilfe der multivariaten Varianzanalyse wird gleichzeitig der Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf mehrere abhängige Variablen untersucht. Die Einflussvariablen (**Familiäre Situation, Entwicklungsstörungen, Familiäre Belastung, Intelligenz, Körperliche Symptomatik, Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung, Geschlecht und Behandlungsergebnis bezüglich Gesamtsituation**) bilden die abhängigen Variablen und die Zufriedenheit die unabhängige Variable.

In den Tabellen 15 und 16 werden die signifikanten Variablen ($p \leq 0,05$) aufgeführt.

Tabelle 15: Varianzanalyse: Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung (Skala 1)

Skaleneinteilungen	Multivariate Tests Pillai-Spur			Familiäre Situation			Achse 2 Entwicklungsstörung			Achse 5 Familiäre Belastung		
	p	F	Wert	p	F	R2	p	F	R2	p	F	R2
Erfolg												
Erfolg der Behandlung (S1)	,127	1,553	,404	0,014	6,563	1,500	0,013	6,640	,667	0,018	5,994	2,667
Familienbeziehungen (S1.4)	0,006	2,810	,606				0,002	10,224	1,027	0,009	7,321	3,257
	Multivariate Tests Pillai-Spur			Intelligenz			Körperliche Symptomatik			Achse 6 Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung		
	p	F	Wert	p	F	R2	p	F	R2	p	F	R2
Beziehung Eltern zum Patienten (S1.2)	0,007	2,780	,604	0,001	13,926	,813	0,001	11,998	,864	0,024	5,461	1,906

Legende:

p= Signifikanz; angegeben sind nur die signifikanten Werte $p \leq 0,05$

R2= Maß für die Güte der Anpassung, ergibt sich aus dem erklärten Teil der Varianz und der Gesamtvarianz (die erklärte Varianz ist sehr niedrig).

F= Prüfgröße als Absicherung gegen Null

3.5.1 Ergebnisse der Varianzanalyse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Erfolg der Behandlung (Skala 1)

- Die **familiäre Situation** steht im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Eltern mit dem **Erfolg der Behandlung**: 86% der nicht vollständigen Familien und 78% der vollständigen Familien zeigen sich zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung, somit zeigen sich die nicht vollständigen Familien leicht zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als die vollständigen Familien.
- **Entwicklungsstörungen (Achse II)** des Kindes stehen im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Eltern mit dem **Erfolg der Behandlung** und der Besserung der **Familienbeziehungen**: Eltern, deren Kinder keine Entwicklungsstörungen aufweisen sind etwas zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als Eltern, deren Kinder Entwicklungsstörungen aufweisen. Das Ergebnis ist also fast gleich.
Die Besserung der Familienbeziehungen steht in möglichem Zusammenhang mit vorhandenen oder nicht vorhandenen Entwicklungsstörungen: auf: 86,5% der Eltern, deren Kinder keine Entwicklungsstörungen aufweisen sehen eine positive Entwicklung der Familienbeziehungen verglichen mit 73% der Eltern, deren Kinder Entwicklungsstörungen aufweisen.
- **Familiäre Belastungen (Achse V)** stehen in Zusammenhang mit den **Familienbeziehungen** und der Zufriedenheit der Eltern mit dem **Erfolg der Behandlung**: 87% der hoch belasteten Familien sehen eine positive Entwicklung der Familienbeziehungen verglichen mit 78% der unauffälligen Familien. 90% der hoch belasteten Familien sind zufrieden mit dem Erfolg der Behandlung verglichen mit 70% der unauffälligen Familien.
- Die **Intelligenz** des Patienten scheint nur in geringem Zusammenhang mit der **Beziehung der Eltern zum Patienten** zustehen: Die Zufriedenheit der Eltern, deren Kinder eine niedrige Intelligenz haben ist etwas niedriger als bei Eltern, deren Kinder eine normale bis hohe Intelligenz haben. Somit besteht nur eine sehr geringe Zufriedenheitsdifferenz zwischen Eltern, deren Kinder durchschnittlich und Eltern, deren Kinder unterdurchschnittlich begabt sind.
- Die **körperliche Symptomatik** des Patienten scheint ebenfalls nur in geringem Zusammenhang mit der **Beziehung der Eltern zum Patienten** zu stehen: Eltern von Kindern mit körperlicher Symptomatik zeigen sich etwas zufriedener mit der Beziehung zu ihren Kindern als Eltern von Kindern ohne körperliche Symptomatik.
- Die **Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Achse VI)** zeigt einen möglichen Zusammenhang mit der **Beziehung der Eltern zum Patienten**: Eltern von Kindern mit einer leichten sozialen Beeinträchtigung sind zufriedener mit der Beziehung zu ihren Kindern als Eltern von Kindern mit einer schweren sozialen Beeinträchtigung (80% versus 86%).
- Diese Aussage ist vergleichbar mit den Ergebnissen der **Garf-Skala**, welche, wie im Methodikteil erwähnt, analog zur Achse VI ist: Hier zeigten sich ebenfalls Eltern aus Familien mit „funktionierender Beziehung“ zufriedener mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Beratung/Behandlung als Eltern aus Familien mit einer „Störung des Funktionsniveaus“.

Tabelle 16: Varianzanalyse: Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung (Skala 2)

Skalenein- teilungen	Multivariate Tests Pillai-Spur			Achse 2 Entwicklungs- Störungen			Geschlecht			Behandlungsergebnis bezüglich Gesamtsituation		
	p	F	Wert	p	F	R2	p	F	R2	p	F	R2
Verlauf												
Verlauf der Behandlung (S2)	,639	,842	,268	0,006	8,311	,800						
Gesamt Zufrieden- heit (SG)	,192	1,395	,378				0,043	4,278	,964	0,008	7,467	2,679

3.5.2 Ergebnisse der Varianzanalyse bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verlauf der Behandlung (Skala 2)

- Vorhandene **Entwicklungsstörungen (Achse II)** des Kindes stehen im Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Eltern mit dem **Verlauf der Behandlung**: Eltern von Kindern, die keine Entwicklungsstörungen aufweisen sind zufriedener mit dem Verlauf der Behandlung als Eltern von Kindern mit einer Entwicklungsstörung (95% versus 83,5%).
- Das **Geschlecht** des Kindes scheint in möglichem Zusammenhang mit der **Gesamtzufriedenheit** der Eltern mit der Behandlung zu stehen: Eltern von Jungen zeigen eine größere Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung als Eltern von Mädchen (92% versus 83%).
- Aus Sicht der Behandler stellt das **Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation** ein Prädiktor für die **Gesamtzufriedenheit** der Eltern mit der Behandlung dar:
Die Gesamtzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis ist insgesamt sehr hoch, bei den gebesserten Patienten etwas höher (95%) als bei den unveränderten/verschlechterten Patienten (91%).

3.6 Fazit der Varianzanalyse:

- Entwicklungsstörungen (Achse II) stehen nicht in Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Eltern mit dem Erfolg der Behandlung.
- Allerdings sind Eltern von Kindern, die keine Entwicklungsstörungen aufweisen, zufriedener mit dem Verlauf der Behandlung als Eltern von Kindern mit einer Entwicklungsstörung.
- Eltern, deren Kinder keine Entwicklungsstörungen haben, sehen außerdem eine positivere Entwicklung der Familienbeziehungen als Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen.
- Die Intelligenz (Achse III) und die körperliche Symptomatik (Achse IV) des Patienten scheinen nur in geringem Zusammenhang mit der Zufriedenheit der Eltern mit der Beziehung zu ihrem Kind zu stehen.
- Nicht vollständige Familien und hoch belastete Familien (Achse V) zeigen eine höhere Gesamtzufriedenheit und sind zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung als vollständige und unauffällige Familien.
- Eltern von Kindern mit einer leichten sozialen Beeinträchtigung (Achse VI) sowie Eltern aus Familien mit einer „funktionierenden Beziehung“ (Garf-Skala) sind zufriedener mit der Beziehung zu ihren Kindern als Eltern von Kindern mit einer schweren sozialen Beeinträchtigung bzw. Eltern aus Familien mit einer „Störung des Funktionsniveaus“.
- Die Eltern von Jungen zeigen sich etwas zufriedener mit der Behandlung als Eltern von Mädchen.
- Schließlich zeigt sich, dass drei Jahre nach der Beratung die Gesamtzufriedenheit der Eltern mit der Beratung bei den gebesserten und unveränderten/verschlechterten Patienten fast gleich hoch ist.

4 DISKUSSION

4.1 Einleitung

In der vorliegenden Arbeit wird mittels eines modifizierten Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBBm) die Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung und Behandlung am Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Poliklinik der LMU München erhoben.

Diese Arbeit bildet zusammen mit drei parallelen Arbeiten die „Münchener Studie zur Zufriedenheit 1999/2000“.

Die klinische Evaluationsforschung bezieht sich nicht nur auf therapeutische Maßnahmen und ihre Wirkungen, sondern zielt darauf ab, Institutionen und die von ihnen angebotenen Programme in umfassender Weise zu bewerten (Mattejat und Remschmidt 1993). Dazu kann z.B. die Bestimmung des Aufwandes und des Leistungsangebotes eines Programmes gehören, weiterhin die Analyse des Prozesses, in dem die materiellen und personellen Ressourcen in Leistungen umgesetzt werden, die Bestimmung der Angemessenheit dieser Leistungen, bezogen auf den Bedarf und schließlich auch die Untersuchung der Effektivität und Effizienz des Programms (Eisert 1986; Wittmann 1985). Ein wichtiger Bereich evaluativer Forschung bezieht sich auf die Kriterien des Therapieerfolges und auf die Messmethoden zur Erfassung von therapeutischen Prozessen und ihren Wirkungen (Brenner 1988).

In Evaluationsuntersuchungen sollten individuen-, störungs-, und verfahrensspezifische Aspekte erfasst werden und gleichzeitig versucht werden, eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erreichen (Remschmidt 1988). Dies kann dadurch geschehen, dass neben spezifischen Aspekten, wie z.B. die Untersuchung bestimmter Therapiemethoden oder Diagnosegruppen auch allgemeine Merkmale erfasst werden, die bei allen oder zumindest den meisten Patienten von Bedeutung sind (dazu gehört z.B. die Behandlungszufriedenheit).

4.2 Eigene Stichprobe

Die Befragung erfasst 135 Eltern, die sich im Zeitraum von 1999 und 2000 mit ihrem Kind zur Beratung/Behandlung im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingefunden haben.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt einen hohen Anteil Jugendliche und junge Erwachsene mit einem Überhang an männlichen Patienten zum Zeitpunkt der Befragung (64,5 % Jungen und 35,5 % Mädchen). Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung (1999/2000) lag bei 11,35 Jahren. Diese Ergebnisse sind repräsentativ für eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Beratung/Behandlung und vergleichbar mit den erhobenen Daten von Mattejat und Remschmidt, die in ihrem Modell-Forschungsprojekt ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen 60 % Jungen und 40 % Mädchen erfassten. Das Durchschnittsalter war mit 9 Jahren etwas niedriger (Mattejat, Trosse et al. 2006).

Bezüglich der familiären Situation leben nur 58 % der Patienten unserer Stichprobe in einer vollständigen Familie. Die übrigen 42 % der Patienten leben bei einem Elternteil, alleine, in einer Pflegefamilie oder in einem Heim.

Ein höheres Ergebnis wurde mit 75 % vollständige Familie in der von Elkemann vorgestellten Studie aus einer Kinderklinik verzeichnet (Elkemann 2006).

Bredel zitierte in ihrer Studie mit 47 % vollständige Familie ein deutlich niedrigeres Ergebnis (Bredel 2002).

Überraschend hoch fiel, beim Vergleich der Schüler, die eine weiterführende Schule besuchen, die

Anzahl der Schüler aus, die ein Gymnasium besuchen (41 % vs. 21 % bei Elkemann). Hier könnte die Schichtangehörigkeit der Eltern eine Rolle spielen. 54 % der Eltern gehören der Mittelschicht und sogar 27 % der Eltern der Oberschicht an. Akademiker und höherqualifizierte Angestellte bevorzugen wohl eher die Beratung/Behandlung in einer universitären Poliklinik.

Die durchschnittliche Anzahl der Beratungskontakte lag bei 8,2. Dieses Ergebnis ist gut vergleichbar mit der durchschnittlichen Anzahl Beratungskontakte des Praxisprojektes (7,6) (Mattejat und Remschmidt 1998).

4.3 Einflussvariablen im Stichproben-Vergleich

In unserer Studie wurden anhand der Basisdokumentation demographische Daten wie Geschlecht, Alter, Nationalität, Schicht, familiäre Situation und Schulbildung als Einflussvariablen auf die Zufriedenheit überprüft. Außerdem wurden die psychiatrischen Diagnosen I-IV, sowie die Achsen V und VI des multiaxialen Klassifikationsschemas als Daten zur Familie und der psychosozialen Belastung des Patienten, sowie Daten bezüglich der Anzahl der Kontakte und Episoden als Einflussvariablen der Zufriedenheit abgefragt.

Neben der Basisdokumentation wurden mögliche Einflussvariablen des Verhaltensfragebogens auf die Zufriedenheit der Eltern untersucht.

In der Marburger, Heidelberger und Hildesheimer Studie wurden außer den Einzel-Items der Fragebögen keine weiteren Einflussvariablen der Zufriedenheit überprüft.

Zum Vergleich der Daten der Basisdokumentation wurden weitere Stichproben aus Studien der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken Landshut, Regensburg und der Heckscher-Klinik München (Noterdaeme, Bandy et al. 2005) sowie der ambulanten Praxis Pohl in Garmisch-Partenkirchen (Pohl und Gottmann 2006) herangezogen.

Die häufigsten Diagnosen unserer Stichprobe wurden mit der Stichprobe von Marburg verglichen (siehe Tabelle 17).

Aufgrund fehlender Daten oder unvollständiger Basisdokumentation liegen uns für folgende Einflussvariablen keine Vergleichsdaten der vorab genannten Stichproben vor:

- GARF-Skala (global assessment of family relationship function) zur Erfassung des Funktionsniveaus von Beziehungen in der Familie.
- Behandlungsergebnis bezüglich der Symptomatik
- Behandlungsergebnis bezüglich der Gesamtsituation
- Behandlungsepisoden

4.3.1 Häufigste Diagnosen unserer ambulanten Stichprobe verglichen mit der stationären Stichprobe von Marburg

Tabelle 17: Diagnosen: Stichprobenvergleich München - Marburg

		n =	München in % n = 135	Marburg in % n = 114
Klinisch- psychiatrisches Syndrom (Achse I)	• Affektive Störungen	11	9	2
	• Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen	29	21	9
	• Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit depressiver Störung	20	15	17
	• Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen mit sozialer Überempfindlichkeit	5	4	9
	• Hyperkinetisches Syndrom	11	8	36
Umschriebene Entwicklungs- störungen (Achse II)	• Entwicklungsstörungen des Sprechens, schulischer Fertigkeiten oder der motorischen Funktionen	10	8	35
	• Kombinierte Entwicklungsstörungen	7	6	15
Intelligenz- niveau (Achse III)	• Normale bis hohe Intelligenz	10	80	82
	• Niedrige Intelligenz	8	12	16
Körperliche Symptomatik (Achse IV)	Zusätzlich zu den psychiatrischen Problemen und den Entwicklungsauffällig- keiten vorhandene körperliche Erkrankung	8	6	22
Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Achse V)	Auffälligkeiten in der Familie und im weiteren psychosozialen Umfeld	73	54	60
Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Achse VI)	• Befriedigende Anpassung	7	6	25
	• Leichte/Mäßige soziale Beeinträchtigung	43	33	46
	• Deutliche soziale Beeinträchtigung	61	45	24
	• Schwerwiegende soziale Beeinträchtigung	13	10	3

Die größten Differenzen bei den klinischen Merkmalen zwischen München und Marburg repräsentieren das Hyperkinetische Syndrom (Achse I), die umschriebenen Entwicklungsstörungen (Achse II), die körperliche Symptomatik (Achse IV) und die globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus (Achse VI).

4.4 Antwortverhalten

Von den 135 Eltern konnten erfreulicherweise insgesamt 101 Eltern befragt werden. Dies entspricht einer Rücklaufrate von 75 %.

Die Rücklaufrate nach der ersten Fragebogenaussendung und den beiden Erinnerungsschreiben belief sich auf 57 %. Eine wesentliche Erhöhung der Rücklaufrate konnte durch die Telefonaktion, welche nach der Fragebogenaussendung und den beiden Erinnerungsschreiben erfolgte, erzielt werden (Erhöhung von 57 % nach den drei Fragebogenaussendungen auf 75 % nach der Telefonaktion).

Unser Ergebnis ist umso erfreulicher, da von 14 Familien (10 % der Stichprobe) trotz intensiver Nachforschungen keine korrekte Adresse ausfindig gemacht werden konnte und schlussendlich nur 20 Familien (15% der Stichprobe) den Fragebogen nicht beantworteten.

Wenn man bedenkt, dass es sich hier um Eltern und Kinder geht, die mit massiven Problemen fertig werden müssen bzw. unter erheblichen Belastungen leiden, sind die Ausschöpfungsquoten erstaunlich gut.

In den guten Teilnahmequoten manifestiert sich eine gute Kooperationsbereitschaft und Akzeptanz der Befragung. Sie verdeutlichen jedoch auch das Ergebnis unserer hartnäckigen Arbeit.

Im Vergleich erzielten Mattejat und Remschmidt einen Rücklauf von 65 % im stationären Setting (Mattejat und Remschmidt 1998).

Susanne Bredel erzielte im Rahmen der stationären Aufnahme der Patienten 96 % und bei Patientenentlassung 83 % Fragebogenrücklauf (Bredel, Brunner et al. 2004).

Die Gruppe der Nichtantworter wurde überprüft. Die Anzahl der Nichtantworter ist bei Eltern mit einem niedrigen psychosozialen Funktionsniveau (Diagnose Achse VI), verglichen mit Eltern mit befriedigender Anpassung und leichter sozialer Beeinträchtigung, besonders hoch.

Mattejat und Remschmidt nannten bei ihrer stationären Studie folgende Gründe für das Nichtbeantworten ihres Fragebogens: Die Patienten waren nicht fähig, den Fragebogen auszufüllen, sie wurden nicht erreicht, Abbrecher waren nicht zum Ausfüllen bereit, oder der Fragebogen war nicht sinnvoll bearbeitbar, z.B. wegen zu kurzem Aufenthalt in der Klinik (Mattejat und Remschmidt 1998). Allerdings erfolgte, im Gegensatz zu unserer Nachbefragung, keine Telefonaktion.

Die Fragebogenaussendung sowie die Aussendung der beiden Erinnerungsschreiben mit anschließender Telefonaktion erzielte eine zufriedenstellende Rücklaufrate 3 Jahre nach der Beratung und ist sicher als methodische Stärke unserer Studie zu bewerten.

Die Nichtbeantwortung einzelner Fragen betrifft, wie bereits im Ergebnisteil dargestellt, eine höhere Anzahl Fragen aus dem Bereich der Ergebnisqualität als aus dem Bereich der Prozessqualität. Bezüglich der Nichtbeantwortung einzelner Fragen liegen uns keine Vergleichsdaten vor.

4.5 Publikationen zur Zufriedenheit mit der Behandlung

Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt, 1993)

Im Rahmen eines Modellprojektes zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Phillips-Universität Marburg werden seit dem 1.5.1996 die stationär durchgeführten Therapien evaluiert, wobei die drei Versionen der Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB für Therapeuten, Eltern und Patienten) eingesetzt werden.

Eine Stichprobe (n = 114) aus dem Jahr 1997 führt zu folgenden Ergebnissen:

- Die Beurteilung der Behandlung liegt insgesamt gesehen in einem positiven Bereich, d.h. im Durchschnitt werden „teilweise“ bis „überwiegend“ positive Aspekte konstatiert.
- Bei den Angaben der Patienten und ihrer Eltern haben die Skalen, die sich auf die **Prozessqualität** beziehen, im Durchschnitt immer günstigere Werte als die **Erfolgsbeurteilungen**.
Besonders klar zeigt sich dies bei den Familienmitgliedern, bei denen die Durchschnittswerte der Beziehungsskalen immer über 3 („überwiegend“) liegen; d.h., Patienten und Eltern stellen im Durchschnitt hinsichtlich der Beziehung (und allgemeinen Zufriedenheit) „überwiegend positive Aspekte“ fest.
Die **Erfolgsbeurteilungen** liegen im Vergleich dazu etwas niedriger.
- Ein Vergleich der Gesamtwerte zeigt, dass die Therapeuten durchgängig die Therapien kritischer einschätzen (sowohl die Kooperationsbeurteilung als auch die Erfolgsbeurteilung). Die Eltern beurteilen die Behandlungen am besten; die Durchschnittswerte der Patienten liegen zwischen beiden Extremen.
- Die Unterschiedlichkeit zwischen Therapeuten und Familienmitgliedern lässt sich bei den Erfolgsbeurteilungen noch genauer aufschlüsseln: Bei der Beurteilung des Erfolges hinsichtlich des Patienten liegen die Mittelwerte von Therapeuten und Familienmitgliedern noch relativ eng beieinander. Dagegen differieren die Durchschnittswerte bei der Einschätzung des Erfolges hinsichtlich der Eltern und der Familienbeziehungen weitaus kritischer ein als die Familienmitglieder selbst: Therapeuten konstatieren hinsichtlich der Eltern und Familien insgesamt im Durchschnitt „kaum“ oder „teilweise“ Veränderungen, die Familienmitglieder dagegen nehmen im Durchschnitt sehr viel deutlichere positive Veränderungen wahr.
- Für alle Beurteiler gilt gleichermaßen und durchgängig: Der Erfolg hinsichtlich des Patienten wird positiver eingeschätzt als der Erfolg hinsichtlich der Eltern, der Familienbeziehungen und der Familie insgesamt.
Bei den Therapeuten ist eine besonders große Diskrepanz zwischen der Beurteilung des patientenbezogenen und des familienbezogenen Therapieerfolgs festzustellen.

In **inhaltlicher Hinsicht** kommen Mattejat und Remschmidt nach der Entwicklung und Überprüfung des **Fragebogens zur Beurteilung der Behandlung (FBB)** zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bei der direkten Beurteilung von Therapien sind bei allen Beurteilergruppen zwei grundlegend verschiedene **Evaluationsaspekte** zu erkennen:
Die Beurteilung der Therapie hinsichtlich ihres **Erfolges** und hinsichtlich ihrer allgemeinen **Akzeptabilität**.
Beim **Erfolgsaspekt** wird das Ergebnis der Therapie beurteilt.
Der **Akzeptabilitätsaspekt** umfasst die Rand- und Nebenbedingungen der Behandlung, die allgemeine Qualität des Therapieprozesses (Kooperation) und insbesondere die persönliche Beziehung zwischen Familienmitgliedern und Therapeuten.
Die beiden Hauptaspekte der Evaluation werden bei den verschiedenen Beurteilergruppen inhaltlich unterschiedlich akzentuiert.
So wird z.B. der Therapieerfolg von den Therapeuten vorsichtiger und kritischer eingeschätzt als von den Familienmitgliedern.
Die Unterschiedlichkeit der Erfolgsbeurteilungen kann als Ergebnis der unterschiedlichen Rollenverteilung im Therapieprozess aufgefasst werden.
2. Die Analyse der Durchschnittswerte der Therapiebeurteilungen zeigt, dass die verschiedenen Evaluationsaspekte in unterschiedlicher Weise bewertet werden: Die **Prozessqualität** (Kooperation und Beziehung) wird tendenziell positiver bewertet als die **Ergebnisqualität** (Therapieerfolg). Zudem werden generell bezüglich des Patienten deutlichere Fortschritte konstatiert als im Hinblick auf die Familie.
3. Die **Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)** ermöglichen eine systematische Therapiebeurteilung, wobei die Patienten und Familien selbst in die Qualitätssicherung und – Beurteilung mit einbezogen werden.
Die bisherigen Überprüfungen zeigen, dass der **Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB)** ein verlässliches Verfahren zur Erfassung der subjektiven Behandlungsqualität darstellt
Die Übereinstimmung zwischen den verschiedenen Beurteilern bezüglich der Beurteilung der Behandlung ist relativ gering. Dies zeigt, dass es nicht hinreichend ist, nur die Therapeuten oder anderes Fachpersonal zu befragen, sondern dass man die Behandlung aus mehreren Perspektiven beurteilen lassen soll.

Praxisprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Mattejat, Trosse et al. 2006)

Um die Frage nach der Ergebnisqualität ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen aus der gesamten BRD zu beantworten, wurde in enger Abstimmung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern ein neuartiges System entwickelt („Ein-Gruppen-Design mit drei Messzeitpunkten“), mit dem aussagekräftige Ergebnisse zum Erfolg und Nutzen der Behandlungen gewonnen werden können. Die Eltern der jungen Patienten (N=728) wurden zu drei verschiedenen Erhebungszeitpunkten – zu Beginn der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung (T1), drei Monate später (T2) und erneut neun Monate später (T3), also ein Jahr nach Behandlungsbeginn, telefonisch zur Zufriedenheit mit der Behandlung ihres Kindes befragt. Zusätzlich zur Bearbeitung der Telefoninterviews füllten sowohl die Hauptbezugspersonen als auch die Patienten zu jedem der drei Erhebungszeitpunkte Fragebögen aus. Außerdem lagen Daten der Ärzte über Symptome, Behandlung und Ergebnis vor.

Insgesamt war die Zufriedenheit der Eltern mit dem Praxisprojekt sehr hoch.

Bezüglich der Gesamtbefindlichkeit mit der Frage „Wie geht es Ihrem Kind heute im Vergleich zu der Zeit, als Sie die Praxis das erste Mal aufsuchten?“ antworteten zum Zeitpunkt T2 75 % der Eltern auf diese Frage mit „eher gut“ bzw. „sehr gut“, zum Zeitpunkt T3 benannten sogar 85 % der Eltern die Befindlichkeit ihres Kindes als „eher gut“ oder „sehr gut“.

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Betreuung durch das Praxisprojekt waren zum Zeitpunkt T2 45 % der befragten Eltern mit der Betreuung sehr zufrieden, 39 % eher zufrieden, 10 % gaben an, weder zufrieden noch unzufrieden zu sein, 4 % sind eher zufrieden, 2 % sehr unzufrieden.

Zum Zeitpunkt T3 urteilten die Eltern etwas schlechter. Der Anteil der (sehr zufriedenen Eltern lag bei 74 % (84 % bei T2), der Anteil der (sehr) unzufriedenen steigt auf 14 % (6 % bei T2).

Besonders positiv wurde der menschliche Umgang mit Patienten und Eltern bewertet.

Die Ergebnisse bestätigten das Untersuchungskonzept des Praxisprojektes, nämlich dass sich **die Zufriedenheit nicht auf den Behandlungserfolg reduzieren lässt.**

Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bredel, Brunner et al. 2004)

Im Rahmen einer Evaluationsstudie wurden der **Behandlungserfolg**, das **Behandlungserleben** und die **Behandlungszufriedenheit** mittels eigens konstruierter, parallelisierter Fragebögen für Patienten, Eltern und Therapeuten erfasst.

Die Urteile von Patienten, Eltern und Therapeuten der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Heidelberg (Jahrgangsstichprobe, n = 95) bezüglich des **Behandlungserfolgs** stimmten zu einem hohen Prozentsatz überein (Symptomatik bei Entlassung deutlich gebessert oder beseitigt). Laut Bredel et al. ergaben sich zwischen den verschiedenen „Beurteilern“ keine Unterschiede im Ausmaß der eingeschätzten Veränderung bezüglich der Symptomatik des Patienten.

Inhaltlich zeigte sich an den Antworten zur Art der wahrgenommenen Problemveränderung insgesamt, dass aus der Sicht von Patienten und Eltern eindeutig **Veränderungen im emotionalen Bereich** im Vordergrund standen.

Ein hoher Prozentsatz der Patienten und Eltern gaben eine **Veränderung ihrer Sichtweise der Probleme** an. Laut Bredel et al. zeige ein Großteil der Eltern am Ende der Behandlung mehr **Verständnis** für ihr Kind.

Bezüglich der **Beziehungsebene** und des **Erziehungsverhaltens** der Eltern wurden ebenfalls große Fortschritte erzielt.

Die **Problembelastung** war bei den Eltern am Anfang und auch noch am Ende der Therapie höher als bei ihren Kindern. Die Kinder schätzten ihre **Befindlichkeit** als wesentlich besser ein als ihre Eltern. Insgesamt wurde das **therapeutische Klima** – sowohl die Atmosphäre insgesamt als auch die Beziehung zum therapeutischen Team und zum behandelnden Therapeuten - übereinstimmend von Patienten und Eltern sehr positiv bewertet.

Die **Behandlungszufriedenheit** wurde von den Eltern höher eingeschätzt als von den Patienten und den Therapeuten.

Auf Seiten der Patienten zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß positiver Veränderung der allgemeinen Befindlichkeit sowie der wahrgenommenen Verbesserung der Beziehungen innerhalb der Familie und der Behandlungszufriedenheit.

Deutliche Korrelationen waren ferner zwischen der **Behandlungszufriedenheit und der aufnahmerelevanten Probleme** sowie der **Behandlungszufriedenheit und einem insgesamt besseren Verhältnis (Verständnis untereinander)** mit den Eltern zu beobachten.

Zwischen **Behandlungserleben** und **Behandlungszufriedenheit** bei Patienten und Eltern zeigten sich sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten der Patienten deutlich signifikante Zusammenhänge und größtenteils übereinstimmende Ergebnisse.

Abschließend untersuchten Bredel et al., inwieweit die Behandlungszufriedenheit auf Erfolgs- und Erlebensmaße bei Patienten und Eltern zurückgeführt werden kann.

Es erwiesen sich für die Patienten die beiden Erlebensmaße **Vertrauen zum Stationsarzt** und **Wohlfühlen auf der Station** als substanzielle Komponenten im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit.

Bei den Eltern erwies sich das Erfolgsmaß **Verbesserung der Schwierigkeiten insgesamt** als stärkste Erklärungskomponente für die Behandlungszufriedenheit.

Bredel et al. schlussfolgern aus diesen Ergebnissen, dass die **Behandlungszufriedenheit** der Patienten stärker vom **Behandlungserleben** als vom **Behandlungserfolg** abhängen. Die Behandlungszufriedenheit der Eltern wird stärker vom Behandlungserfolg als vom Behandlungserleben beeinflusst.

Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Hirschberg und Peiser 2006)

Ziel dieser Arbeit war die Darstellung von Vorteilen einer therapeutischen Kontrakt- bzw. Vertragsarbeit mit Kindern und deren Eltern als ein Element der Vorbereitung für eine Gruppentherapie. Dieser Arbeit lag die Erfahrung des Verfassers von drei Jahren ambulanter Gruppentherapien mit einer therapeutischen Kontraktbildung in einer im Rahmen der Sozialpsychiatrievereinbarung arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiatrischen **Praxis** in Hildesheim zugrunde. In dieser Zeit wurde mit 127 Kindern gruppentherapeutisch gearbeitet. Unter den Kindern waren 95 Jungen und 32 Mädchen. Das Durchschnittsalter betrug 11 Jahre.

Nach drei Jahren wurden die Leistungen der Gruppentherapien bei Eltern und Kindern mittels Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Matthejat und Remschmidt (1998) abgefragt und von der Verfasserin ausgewertet.

Die FBB wurden direkt nach Therapieabschluss von Eltern und Kindern ausgefüllt. Der Rücklauf belief sich auf 51 %.

Mit Hilfe der Likert-Skalierung (von 0 = überhaupt nicht bis 4 = ganz genau) lag der Gesamtwert der Mütter mit 3,21 am höchsten, darauf folgte 3,13 der Kinder und 3,04 der Väter.

Der Erfolg der Behandlung wurde von den Kindern mit 2,8 am höchsten eingeschätzt, die Mütter gaben im Durchschnitt 2,63 und die Väter 2,5 an. Die Ergebnisse der Subskalen lagen wie die Ergebnisse der anderen Skalen im Vergleich der Referenzstichproben im durchschnittlich guten Bereich. Das Gesamtergebnis ließ sich somit als positiv werten, Kinder und Eltern gaben eine überwiegend positive Einschätzung der Behandlung und des Behandlungsverlaufs ab.

4.6 Zufriedenheit im Stichprobenvergleich

4.6.1 Gesamtzufriedenheit

Die Gesamtzufriedenheit der Eltern mit der Beratung/Behandlung ihres Kindes beträgt, wie im Ergebnisteil ausführlich dargestellt, nach der Likert-Skalierung 3,20. Dies entspricht einer Elternzufriedenheit von „**überwiegend**“ zufrieden. Dieses Ergebnis wurde mit den Ergebnissen der Gesamtzufriedenheit der Eltern des Praxisprojekts von Mattejat (Mattejat, Trosse et al. 2006) und den Ergebnissen der kinder- und jugendpsychiatrischen **Praxis** Hirschberg und Peiser (Hirschberg und Peiser 2006) verglichen.

Obwohl zwischen unserer Studie und dem Praxisprojekt zur Qualität kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungen (Mattejat, Trosse et al. 2006) große Differenzen in der Stichprobenzahl (München N=135, Mattejat N=728) und den Erhebungszeitpunkten (München 2 bis 3 Jahre nach Behandlungsbeginn, Mattejat 3 bis 12 Monate nach Behandlungsbeginn) bestehen, sind die Ergebnisse unserer Studie bezüglich der Zufriedenheit mit dem Erfolg und dem Verlauf der Behandlung mit den Ergebnissen von der von Mattejat vorgestellten Studien vergleichbar.

Bei der von Hirschberg und Peiser vorgestellten Studie werden Vorteile einer therapeutischen Kontrakt- bzw. Vertragsarbeit mit Kindern und deren Eltern als ein Element der Vorbereitung für eine Gruppentherapie dargestellt.

Aus Gründen der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle wurden die Leistungen der Gruppentherapien bei Eltern und Kindern (N=127), ähnlich wie bei unserer Studie, mittels modifiziertem Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) von Mattejat und Remschmidt (Mattejat und Remschmidt 1998) abgefragt und ausgewertet. Der Mittelwert des Eltern-Gesamtwertes der Zufriedenheit mit der Behandlung beträgt bei der von Hirschberg und Peiser vorgestellten Studie 3,12 (überwiegend zufrieden) und ist somit durchaus vergleichbar mit dem Mittelwert des Eltern-Gesamtwertes der Zufriedenheit unserer Studie (MW=3,20).

4.6.2 Teil-Zufriedenheiten

Die „Teil-Zufriedenheiten“ beziehen sich auf die beiden Hauptskalen „Erfolg der Behandlung“ und „Verlauf der Behandlung“ mit den jeweiligen Unterskalen und wurden mit den Ergebnissen der Studien von Mattejat (Mattejat und Remschmidt 1998) und Hirschberg (Hirschberg und Peiser 2006) verglichen.

Bei der Marburger und Hildesheimer Studie wurden leider die Ergebnisse der Unterskalen der Prozessqualität nicht publiziert. Bei allen drei Studien wurde die Prozessqualität, d.h. der Verlauf der Behandlung, welcher insbesondere Fragen zur Beziehung Eltern-Therapeut, den Rahmenbedingungen sowie den Behandlungsempfehlungen beinhaltet, besonders positiv beurteilt.

Tabelle 18: Stichprobenvergleich anhand der Zufriedenheiten München, Marburg und Hildesheim

TEIL-ZUFRIEDENHEIT MITTELWERTE DER EINZELNEN SKALEN ZUR ZUFRIEDENHEIT				
		MÜNCHEN (KJP AMBULANT)	MARBURG (KJP- STATIONÄR)	HILDESHEIM (KJP- AMBULANT)
ERGEBNIS- QUALITÄT	ERFOLG DER BEHANDLUNG	2,5	2,57	2,3
	PATIENT	2,18	3,05	2,47
	BEZIEHUNG ELTERN-PATIENT	2,57	2,58	2,55
	SELBST	2,56	2,11	1,85
	FAMILIENBEZIEHUNGEN	2,58	2,46	2,35
PROZESS- QUALITÄT	VERLAUF DER BEHANDLUNG	3,44	3,37	3,12
	BEZIEHUNG ELTERN-THERAPEUT	3,48	-	-
	RAHMENBEDINGUNGEN	3,28	-	-
	BEHANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	3,31	-	-
	ABSCHLUSSBRIEF	3,43	-	-
	BERATUNG UND INSTITUT	3,51	-	-

Fragen zur Beziehung Eltern-Therapeut („Die Mitarbeiter hatten Verständnis für unsere Situation“, „Ich hatte Vertrauen zu den Mitarbeitern“) und Beratung und Institut („Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen“, „Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden“) wurden in unserer Studie besonders positiv bewertet und sind Ausdruck dafür, dass die Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung/Behandlung ihres Kindes in unserer Poliklinik insbesondere von der Beziehung Eltern-Therapeut (Vertrauen zu den Therapeuten, Verständnis der Therapeuten für die Situation) abhängt.

Mit Ausnahme des Marburger Ergebnisses zum „Erfolg Patient“ sind die Ergebnisse aller drei Studien untereinander gut vergleichbar.

Der „Erfolg Patient“ wird von den Eltern in der Marburger Studie positiver eingeschätzt als in der Münchener und Hildesheimer Studie. Hier spielt wohl der Unterschied stationäre / ambulante Behandlung, insbesondere die Dauer und Intensität des therapeutischen Prozesses, eine Rolle. Das stationäre Setting bietet außerdem, verglichen mit dem ambulanten, umfassendere Behandlungsmöglichkeiten und intensivere Elternarbeit. Außerdem kommt es beim stationären Setting zur vorübergehenden Trennung des Kindes von der Familie, welche ja oft Ursache für die Problematik des Kindes ist, bzw. die Problematik des Kindes beeinflusst.

Die Behandlungserfolgseinschätzung der Eltern dürfte aus diesem Grund in Marburg positiver ausfallen als in den beiden anderen Studien.

4.7 Einflussvariablen und Zufriedenheit

4.7.1 Alter

Der Grad der Zufriedenheit der Eltern zeigt einen Zusammenhang mit dem Alter ihres Kindes.

Insgesamt sind die Eltern der 11 bis 18 jährigen Kinder zufriedener mit der Beratung als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder. Die Eltern dieser Altersgruppe sind nach eigener Einschätzung persönlich weitergekommen, zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung und konnten eine bessere Beziehung zu ihrem Kind aufbauen als die Eltern der unter 11 jährigen Kinder.

In der Studie von Finsterer (n = 63) zeigt sich eine größere Zufriedenheit der Gruppe der unter 11-jährigen (n = 9; 100% zufrieden, 0% unzufrieden) verglichen mit der Gruppe der 11 bis 18-jährigen (n = 48; 83,3% zufrieden, 16,7% unzufrieden) und die Gruppe der über 18-jährigen (n = 6; 83,3% zufrieden, 16,7% unzufrieden).

In einer Studie aus Ulm (Keller, Peter et al. 2006) konnte ebenfalls eine „erhöhte Unlust“ an der Teilnahme der Befragung und eine geringere Zufriedenheit mit steigendem Alter der Jugendlichen festgestellt werden.

Dieses Alter ist gekennzeichnet durch die Pubertät der Jugendlichen, d.h. Identitätsfindung und zunehmende Konflikte sowie Ärger mit Erwachsenen.

Diese **altersspezifischen Phänomene** beeinflussen schlussendlich die Zufriedenheit des Jugendlichen.

4.7.2 Familiäre Belastung

Der Grad der Zufriedenheit der Eltern zeigt einen Zusammenhang mit der familiären Belastung.

Hoch belastete Familien (Diagnose Achse V) zeigen nach drei Jahren eine höhere Gesamtzufriedenheit mit der Beratung und sind zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung des Kindes als nicht belastete Familien. Außerdem sind hoch belastete Familien der Ansicht, dass sie im Anschluss an die Beratung eine bessere Beziehung zu ihren Kindern aufbauen konnten als nicht belastete Familien.

Familien in einer hohen Belastungssituation sind insgesamt mit der Beratung zufrieden und finden häufig im Rahmen der Beratung auch für sich selber positive Entwicklungs- und Problemlösungsmöglichkeiten.

Dieses Ergebnis spricht für die Professionalität und hohe Qualität der Beratung Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München.

4.7.3 Verhaltensbeurteilung

- **Gesamtwert für das Problemverhalten**

Der Grad der Zufriedenheit der Eltern zeigt einen Zusammenhang mit dem Gesamtwert für das Problemverhalten.

Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder waren zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung, konnten eine bessere Beziehung zu ihren Kindern aufbauen, zeigten eine größere Gesamtzufriedenheit und sind persönlich weitergekommen als Eltern auffälliger Kinder.

Hier ist ein direkter Zusammenhang zwischen Grad der Auffälligkeit des Kindes und Zufriedenheit der Eltern zu erkennen. Je komplexer und tiefgreifender die Problematik des Kindes oder des familiären Kontextes, desto schwieriger und langwieriger ist die Therapie. Es liegt auf der Hand, dass Eltern belasteter und weniger zufrieden sind, wenn ihr Kind ein massives Problemverhalten zeigt.

- **Externalisierende Störungen**

Der Grad der Zufriedenheit der Eltern zeigt einen Zusammenhang mit den externalisierenden Störungen ihres Kindes

Eltern klinisch wenig auffälliger Kinder waren zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung und hatten eine bessere Beziehung zu ihrem Therapeuten als Eltern auffälliger Kinder.

- **Internalisierende Störungen**

Der Grad der Zufriedenheit der Eltern zeigt einen Zusammenhang mit den internalisierenden Störungen ihres Kindes

Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu den vorhin beschriebenen Ergebnissen bezüglich des Gesamtwertes für das Problemverhalten und den externalisierenden Störungen, da Eltern von Kindern mit emotionalen Problemen zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung waren und eine bessere Beziehung zu ihrem Kind aufbauen konnten als Eltern wenig auffälliger Kinder.

4.7.4 Vergleich der bivariaten und multivariaten Ergebnisse:

Bei beiden statistischen Verfahren lässt sich eine höhere Zufriedenheit der Eltern aus hoch belasteten Familien, verglichen mit Familien aus weniger belasteten Familien, feststellen.

Außerdem wird das Behandlungsergebnis bei beiden statistischen Verfahren entscheidend vom Schweregrad der familiären Belastungen und dem psychosozialen Funktionsniveau des Kindes beeinflusst.

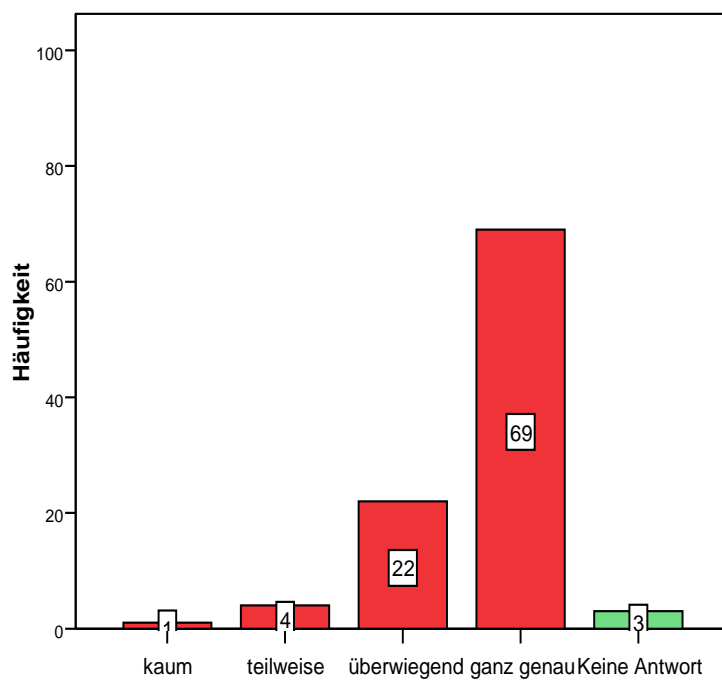
Aufgrund kleiner Stichprobe erbrachten die multivariaten Berechnungen der Achse I kein signifikantes Ergebnis, so dass kein Vergleich mit den bivariaten Ergebnissen (internalisierende und externalisierende Störungen) möglich ist.

4.7.5 Zufriedenheit: Prozess- und Ergebnisqualität im Vergleich

In der graphischen Vergleichsdarstellung der Elternzufriedenheit mit dem Verlauf und dem Ergebnis der Beratung zeigt die unterschiedliche Antworttendenz für den Bereich Prozessqualität und für den Bereich Ergebnisqualität unterschiedliche Streuungen für beide Bereiche.

- **Prozess: Frage 2 des Elternfragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung:**

2. Die Mitarbeiter des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten Verständnis für unsere Situation

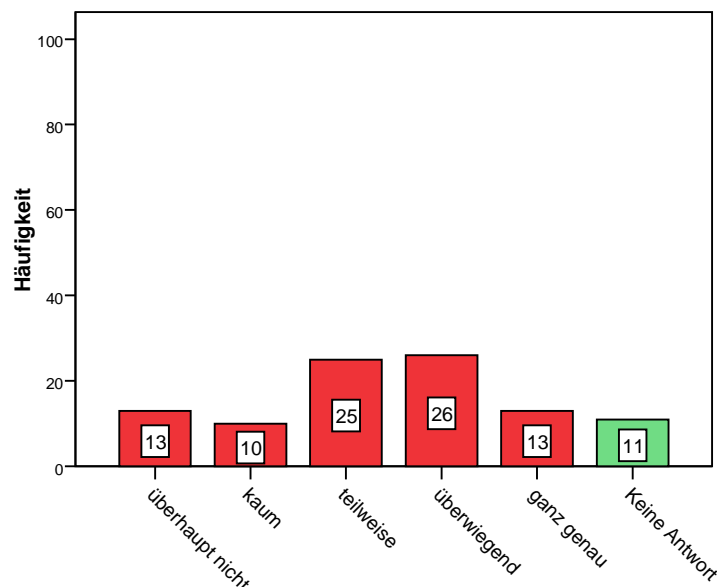


MW = 3,66, STD = 0,6

(Prozessqualität= geringe Streuung)

- **Ergebnis: Frage 9 des Elternfragebogens zur Zufriedenheit mit der Behandlung:**

9. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Beratung gebessert



MW = 2,18, STD = 1,2

(Ergebnisqualität = große Streuung)

Die Zufriedenheit mit dem Verlauf der Beratung („Die Mitarbeiter des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten Verständnis für unsere Situation“) zeigt eine geringe Streuung in den Antworttendenzen. Der Mittelwert von 3,44 (auf der Likert-Skala zwischen „überwiegend“ und „ganz genau“) weist auf eine große Zufriedenheit der Eltern bezüglich der Prozessqualität hin. Die Graphik bezüglich des Ergebnisses der Beratung („Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Beratung gebessert“) zeigt hingegen eine große Streuung in den Antworttendenzen. Der Mittelwert von 2,5 (auf der Likert-Skala zwischen „teilweise“ und „überwiegend“) weist auf eine insgesamt geringere Zufriedenheit der Eltern mit dem Ergebnis als mit dem Verlauf der Beratung hin.

Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass der Grossteil der Eltern mit dem Verlauf der Beratung zufrieden ist, ganz unabhängig vom Beratungs- bzw. Behandlungsergebnis.

4.7.6 Zufriedenheit: Qualitative Aussagen

Die erste offene Frage „**Kritik und Anregungen**“ wurde von 40 Eltern (40,4 %) beantwortet, davon waren 15 Antworten (37,5 %) als positive und 25 Antworten (62,5 %) als negative Kritik zu verzeichnen. Die Mehrzahl der positiven als auch der negativen Kritikpunkte beziehen sich insbesondere auf die Qualität der Beziehung zum behandelnden Therapeuten. Einige Eltern bemängelten, sich nicht akzeptiert gefühlt zu haben oder hatten den Eindruck, dass die Therapeuten nicht ausreichend auf ihr Kind eingingen. Somit gehen wir davon aus, dass aus Sicht der Eltern die Beziehungen zum Therapeutenteam einen hohen Stellenwert in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Behandlung einnimmt. Aber auch die Gestaltung der Räumlichkeiten und die telefonische Erreichbarkeit des Therapeuten sowie das Angebot flexibler Beratungstermine für Berufstätige Eltern haben eine große Bedeutung und beeinflussen die Zufriedenheit der Eltern in einem hohen Maße.

Das Ergebnis der qualitativen Aussagen stimmt mit den Ergebnissen von Bredel überein: Nach der vorgelegten Studie von Bredel schätzen Eltern und Patienten parallel die während des Aufenthaltes bestehenden Beziehungen zum behandelnden Therapeuten und zum therapeutischen Team am hilfreichsten für die stationäre Behandlung (Bredel 2002).

In einer Untersuchung zur Patientenzufriedenheit von stationär therapeutisch behandelten Erwachsenen kommt auch Hannover (Hannover, Dogs et al. 2000) zu dem Ergebnis, dass zwischen hilfreicher Arbeitsbeziehung zum Therapeuten und der Patientenzufriedenheit ein substantieller Zusammenhang besteht. Die Autoren stellten auch fest, dass Patienten ihre Unzufriedenheit eher an den Therapeuten oder der Therapie als an den erreichten Ergebnissen festmachen.

Aus dem Bereich der Therapieforschung (Fischer 1999) sowie aus dem „Client satisfaction research“ (Lebow 1982; Lebow 1983) liegen einheitliche Befunde dahingehend vor, dass eine vom Patienten als positiv erlebte therapeutische Beziehung und ein empathisches, echtes und interessiertes Therapeutenverhalten mit einer höheren Zufriedenheit mit der gesamten Behandlung verbunden ist.

Die zweite offene Frage „**Wie geht es Ihrem Kind jetzt ?**“ wurde von 86 Eltern (86,86 %) beantwortet, davon waren 59 Eltern (68,6 %) der Meinung, dass es ihrem Kind jetzt besser geht, 27 Eltern (31,4 %) waren der Meinung, dass sich die Probleme ihres Kind nicht gebessert haben.

In der Studie von Mattejat wurde die Gesamtbefindlichkeit ein Jahr nach dem ersten ambulanten Kontakt mit der Frage „Wie geht es Ihrem Kind heute im Vergleich zu der Zeit, als Sie die Praxis das erste Mal aufsuchten?“ erhoben und erzielte ein besseres Ergebnis als unsere Studie: Insgesamt 85 % der Eltern benannten die Befindlichkeit ihres Kindes als eher gut oder sehr gut (Mattejat, Trosse et al. 2006). Das unterschiedliche Ergebnis liegt wohl darin begründet, dass unsere Befragung bis zu drei Jahre nach Behandlungsbeginn durchgeführt wurde. Die Zufriedenheit nimmt drei Jahre nach Behandlungsbeginn ab (Mattejat und Remschmidt 2005).

4.8 Zufriedenheit: Unterschiedliche Betrachtungsebenen Jugendliche/Eltern

Wie bereits unter 4.7.1 beschrieben, zeigt die **Zufriedenheit der Eltern** einen Zusammenhang mit dem Alter ihres Kindes: Die Eltern der 11 bis 18-jährigen Kinder sind zufriedener mit der Beratung als die Eltern der unter 11-jährigen Kinder.

Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu dem Ergebnis der Parallelstudie von Finsterer (Finsterer 2008). Finsterer stellte eine progressive Abnahme der **Zufriedenheit der befragten Jugendlichen** im Alter von 11–18 Jahren fest.

Außerdem besteht eine **Diskrepanz in den Beobachtungs- und Antworttendenzen** der Eltern (Verhaltensfragebögen) (Achenbach und Edelbrock 1993) und Jugendlichen (youth-self-report (YSR)) (Achenbach und Edelbrock 1987).

Eltern berichten eher über externalisierende Störungen und Kinder/Jugendliche über internalisierende Störungen.

In einer **bundesweiten Erhebung in Privathaushalten** von Jugendlichen, die nicht in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sind, beurteilen sich die Jugendlichen mit Hilfe von YSR auf allen Problemskalen auffälliger als sie von den Eltern bei den CBCL eingeschätzt werden. In der Gruppe der Mädchen sind die Skalen Soziales Verhalten, Körperliche Beschwerden, Angst/Depression, Aufmerksamkeitsstörungen, Internales Verhalten und Gesamtwert des Problemverhaltens signifikant höher als in der Gruppe der Jungen (Plück, Döpfner et al. 1997).

Jugendliche, die nicht in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sind, sind aus ihrer Sicht auffälliger als aus Sicht der Eltern. Gleiches wird von einer niederländischen kinderpsychiatrischen Klinikstichprobe berichtet (Bastiaansen, Koot et al. 2004).

Jugendliche in psychiatrischer Behandlung beurteilen sich im Selbsturteil beim Gesamtwert des Problemverhaltens, beim internalisierenden und externalisierenden Verhalten weniger auffällig als ihre Eltern sie sehen (Pihlakoski, Sourander et al. 2006).

Darüber hinaus besteht eine weitere **Diskrepanz in den Beobachtungs- und Einschätzungstendenzen** der Eltern (Verhaltensfragebögen) und der Therapeuten (multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter):

Eltern stufen den Gesamtwert des Problemverhaltens, die externalisierenden und internalisierenden Störungen ihres Kindes höher ein als die Therapeuten.

International epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf der letzten Jahrzehnte generell zugenommen haben (Achenbach und Howell 1993; Rutter und Smith 1995). Dies ist vergleichbar mit einer Studie einer Schülerstichprobe, in der sich jeder fünfte als klinisch auffällig beschreibt (Widdern 2004).

Tabelle 19: Unterschiedliche Betrachtungsebenen Eltern/ Jugendliche

	Jugendliche			Eltern		
		MW	STD		MW	STD
Erfolg der Behandlung	18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	2,95	1,2	20. Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden	3,52	0,8
	1. Die Beratung in der Poliklinik war für mich hilfreich	2,45	1,2	11. Im Verlauf der Beratung bin ich auch für mich persönlich ein Stück weitergekommen	2,56	1,0
	20. Meine Probleme haben sich im Verlauf der Behandlung gebessert	2,50	1,4	9. Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Beratung gebessert	2,18	1,2
Beziehungsebene	14. Ich habe mich über die Psychologin, den Arzt geärgert	0,66	1,1	8. Ich habe mich über die Mitarbeiter geärgert	0,41	0,9
Kooperation	18. Ich bin mit der Beratung zufrieden	2,95	1,2	20. Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden	3,52	0,8

- Die Eltern zeigen sich insgesamt zufriedener mit dem Erfolg und dem Verlauf der Behandlung als die Jugendlichen.
- Allerdings sehen die Jugendlichen eher eine Besserung ihrer Probleme im Verlauf der Behandlung als ihre Eltern.

4.9 Entwicklung -Langzeitverlauf aus Sicht der Eltern: Vergleich der aktuellen Werte (Verhaltensfragebogen 2002) mit den Werten bei Aufnahme des Patienten (Verhaltensfragebogen 1999/2000)

Mit diesem Vergleich ist eine Drei-Jahresverlaufsbeurteilung dieser Stichprobe (n = 41) aus Eltern- und Therapeutensicht möglich.

Bei zehn Patienten (24%) dieser Stichprobe hat sich die Situation im Drei-Jahresverlauf deutlich gebessert. Sie können im Jahre 2002 der Gruppe „Klinisch unauffällig“ zugeordnet werden.

Bei fünf Patienten (12,5%) hat sich die Situation im Drei-Jahresverlauf verschlechtert. Sie können im Jahre 2002 der Gruppe „Klinisch auffällig“ zugeordnet werden.

Acht Patienten (19,5%) dieser Stichprobe gelten als „stabil unauffällig“. Achtzehn Patienten (44%) bleiben „stabil auffällig“, d.h. diese Gruppe weist im Drei-Jahresverlauf keine signifikante Verhaltensänderung auf.

Patienten mit emotionalen Problemen weisen einen positiveren Drei-Jahresverlauf auf als Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten.

Erwähnenswert ist auch, dass das Funktionsniveau von Beziehungen (ICD 10: Achse VI) aus Sicht der Behandler bei allen „verschlechterten“ Patienten im Drei-Jahresverlauf sehr niedrig war. Außerdem waren aus Sicht der Behandler bei allen so genannten „verschlechterten“ Patienten die familiären Beziehungen problematisch.

Im Elternurteil des Verhaltensfragebogens (Jugendhilfe- Effekte- Studie, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002) die Auffälligkeiten der Kinder vom Beginn bis zum Ende der Hilfen ab. Dies gelte sowohl für den Gesamtwert, als auch für die Werte in den Subskalen internalisierende und externalisierende Störungen.

Dabei nehmen, im Gegensatz zu unserer Studie, die Gesamtauffälligkeit und die externalisierenden Störungen mit ca 9% mehr ab als die internalisierenden Störungen mit 6%.

Veränderungen seien in psychosozial belasteten Familien sehr schwer zu erzielen. Hilfeprozesse mit einer hohen Belastung zu Hilfebeginn verliefen eher ungünstig.

Dieses Ergebnis spiegelt auch unser Ergebnis des „**Entwicklung-Langzeitverlaufs aus Sicht der Eltern**“ wider (Problematische Familienbeziehungen bei den so genannten „verschlechterten“ Patienten).

Im Rahmen der **Jugendhilfe- Effekte- Studie** sei allerdings eine statistisch höchst signifikante Zunahme des psychosozialen Funktionsniveaus, also die Steigerung von Kompetenzen, von Hilfebeginn bis zum Hilfeende festzustellen. Die Zunahme des psychosozialen Funktionsniveaus stehe auch in Zusammenhang mit der Motivation und Änderungsbereitschaft der Eltern.

Außerdem wurde beobachtet, dass Belastungen für ein Kind, die seiner unmittelbaren Umgebung entspringen, deutlich im Verlauf einer erzieherischen Hilfe (Insbesondere Erziehungsberatung und Erziehungsbeistandschaft) reduziert werden können.

Elkemann (2006) beschreibt in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen Beziehungsstatus der Eltern und Psychopathologischem Befund des Kindes. Dabei ergab sich, dass die allermeisten Kinder, deren Eltern zusammenlebten, sehr geringe Ausprägungen im Psychopathologischen Befund zeigten. Umgekehrt stammten verhältnismäßig nur sehr wenige Kinder, die einen auffälligen Befund hatten, aus Familien, deren Eltern zusammenlebten.

Aus dem Ergebnis unserer Studie und der Studie von Elkemann kristallisiert sich die große Bedeutung des familiären Umfeldes auf die Gesundheit bzw. Genesung der Kinder heraus. Eine intakte Familie bzw. intakte Beziehung der Eltern scheint einen protektiven Faktor gegen die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten der Kinder darzustellen.

Dieses Ergebnis wird in der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (Robert-Koch-Institut 2007a) untermauert. Im Rahmen einer repräsentativen Unterstichprobe wurden 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7-17 Jahren vertiefend zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten befragt (BELLA-Studie, Modul „psychische Gesundheit“) (Robert-Koch-Institut 2007b). Insgesamt zeigten 21,9 % aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Angststörung bei 10,0%, Störung des Sozialverhaltens bei 7,6 %, Depression bei 5,4 %). Unter den untersuchten Risikofaktoren erwiesen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam. Bei kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren stieg die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an. Personale, familiäre und soziale Ressourcen waren hingegen bei psychisch unauffälligen Kindern und Jugendlichen stärker ausgeprägt.

4.10 Jugendhilfe- Effekte- Studie (Bundesministerium 2002)

Die Arbeitsgruppe der Jugendhilfe- Effekte- Studie, auch als JES- Studie bezeichnet, beschäftigte sich mit Fragestellungen der Planung und der Effektivität von Angeboten (Maßnahmen) der Jugendhilfe.

Ziele der Studie waren zusammengefasst:

- Die Planung und Durchführung von Jugendhilfemaßnahmen zu verbessern.
- Das Leistungsspektrum verschiedener Angebote in der Jugendhilfe zu vergleichen.
- Prognosen in der Jugendhilfe zu ermöglichen.
- Für die Zukunft Methoden zur Befunderstellung und Erfolgsbeurteilung in der Jugendhilfe zu entwickeln und zu standardisieren.

Die JES- Studie ist eine prospektive Längsschnittstudie (Verlaufsstudie), die mehrere Hilfeangebote systematisch in ihrem Leistungsspektrum miteinander vergleicht. Zu verschiedenen Zeiträumen fanden in mehreren Jugendämtern Datenerhebungen statt, mit den Fallführenden Sozialarbeitern wurden Interviews durchgeführt, die sich jeweils auf den Planungsprozess einer Erziehungshilfe, vom Erstkontakt über die Erstellung des Hilfeplanes bis hin zur Hilfestellung, bezogen. Im Rahmen der Follow-Up-Erhebung konnten ein Jahr nach dem dritten Erhebungszeitpunkt 113 „echte“ Katamnesen mit abgeschlossenen Hilfen in die Untersuchung einbezogen werden.

Das Alter der Kinder/Jugendlichen lag zwischen 4,5 und 13 Jahren. Die Anzahl männlicher Patienten belief sich auf 72,5%, die der weiblichen auf 27,5%.

Zur Charakterisierung der Stichprobe trage der hohe Anteil der jungen Menschen mit Schulrückstand bei. Eine weitere Charakterisierung der Stichprobe stelle das niedrige psychosoziale Funktionsniveau (Achse VI) dar. Außerdem seien nur 37% der Familien in der Lage, sich durch regelmäßiges Arbeitseinkommen zu finanzieren.

Im Elternurteil des Verhaltensfragebogens nehmen die Auffälligkeiten der Kinder vom Beginn bis zum Ende der Hilfen ab. Dies gelte sowohl für den Gesamtwert, als auch für die Werte in den Subskalen internalisierende und externalisierende Störungen. Dabei nehmen die Gesamtauffälligkeit und die externalisierenden Störungen mit ca 9% mehr ab als die internalisierenden Störungen mit 6%.

Die Besserung der Auffälligkeiten der Kinder vom Beginn bis zum Ende der Therapie sprechen für die erfolgreiche Vermittlung von Hilfen, wie z.B. heilpädagogische Förderung, ambulante

Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Psychopharmakotherapie.

Bezüglich der psychosozialen Belastung im Umfeld fielen die Veränderungen hinsichtlich förderlicher Bedingungen im näheren Umfeld der Kinder mit 24% in sämtlichen Verläufen eher bescheiden aus. Veränderungen seien in diesem Bereich sehr schwer zu erzielen. Hilfeprozesse mit einer hohen Belastung zu Hilfebeginn verliefen eher ungünstig.

Allerdings sei eine statistisch höchst signifikante Zunahme des psychosozialen Funktionsniveaus, also die Steigerung von Kompetenzen, von Hilfebeginn bis zum Hilfeende festzustellen.

Das psychosoziale Funktionsniveau nehme mehr zu, als sich die Belastungen durch das Umfeld im Laufe der Hilfe vermindern. Über alle Hilfearten hinweg und ohne Berücksichtigung des Hilfestatus erhöhe sich die altersbezogene Bewältigungsfähigkeit psychosozialer Aufgaben um knapp 30%.

4.11 Ausblick

- Das Hilfsangebot für hochauffällige Kinder/Jugendliche und Familien sollte verbessert werden.
- Was können wir von dieser Studie für die klinische Praxis lernen ?
- Die Wiederholung der Befragung wäre wünschenswert.

4.11.1 Stärken

- Systematische Erfassung von Einflussvariablen, die die Zufriedenheit beeinflussen können (aus Basisdokumentation, Verhaltensfragebogen).
- Vorteil der Nutzung unterschiedlicher Betrachtungsebenen: Die Verhaltenseinschätzung der Kinder und Jugendlichen durch die Eltern anhand des Verhaltensfragebogens und die Verhaltenseinschätzung der Therapeuten mit Hilfe der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind unterschiedlich und ermöglichen eine umfassendere Analyse der Ergebnisse.
- Hohe Rücklaufquote: Es lohnt sich, hartnäckig zu bleiben und nach insgesamt drei Aussendungen eine Telefonaktion durchzuführen.
- Die Quantitativen Aussagen zu Prozess- und Ergebnisqualität verdeutlichen hervorragend eine wichtige Kernaussagen dieser Arbeit:
Der Großteil der Eltern ist mit dem Verlauf der Beratung zufrieden, ganz unabhängig vom Beratungs- und Behandlungsergebnis.
Dieses Ergebnis stimmt mit allen anderen Befragungen überein.
- Familien in einer hohen Belastungssituation sind insgesamt mit der Beratung und dem Erfolg der Beratung zufrieden und der Ansicht, dass sie eine bessere Beziehung zu ihrem Kind aufbauen konnten und außerdem im Rahmen der Beratung für sich selber positive Entwicklungs- und Problemlösungsmöglichkeiten fanden: Die Mitarbeiter der Poliklinik achteten darauf, das gesamte Familiensystem genau zu analysieren und nicht nur dem Kind, sondern der gesamten Familie adäquate Hilfe zukommen zu lassen.
- Die beiden offenen Fragen unseres Fragebogens (FBBm) wurden gut von den Eltern angenommen . Die Qualität der Beziehung zum behandelnden Therapeuten hat neben der Gestaltung der Räumlichkeiten, der telefonischen Erreichbarkeit des Therapeuten und dem Angebot flexibler Beratungstermine einen hohen Stellenwert bezüglich der Zufriedenheit der Eltern mit der Beratung.
- Entwicklung -Langzeitverlauf: Bedeutung der Achse VI (Funktionsniveau von Beziehungen) und der familiären Beziehungen auf die „verschlechterten“ Patienten .
- Patienten, die die Behandlung abgebrochen hatten oder Patienten, die nur einen einzigen

Beratungskontakt hatten, wurden ebenfalls hinsichtlich Zufriedenheit mit der Behandlung und Fragebogenrücklauf untersucht.

- Die Aussagen des Abschlussberichtes wurden gut verstanden.

4.11.2 Schwächen

- Die Befragung hätte direkt im Anschluss an die Beratung/Behandlung durchgeführt werden sollen. Die Rücklaufrate hätte somit nochmals gesteigert werden können, da Motivation und Kooperationsbereitschaft direkt im Anschluss an eine Therapie größer sind. Außerdem wäre die Vergleichbarkeit mit Studien, die sofort nach Behandlungsende durchgeführt wurden, realistischer.
- Lücken in der Dokumentation (fehlende Daten)
- Die Datenauswertung hat relativ lange gedauert
- Die Kinder mit schweren Verläufen bräuchten eine intensivere Betreuung
- Wie kann die Zusammenarbeit mit den Problemfamilien und deren compliance gebessert werden ?

5 Literaturverzeichnis

- Achenbach T. M. und Edelbrock C. (1983). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: Department of psychiatry.
- Achenbach T. M. und Edelbrock C. (1987). Youth Self- Report der Child Behavior Checklist
- Achenbach T. M. und Edelbrock C. (1993). Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: Department of psychiatry.
- Achenbach T. M. und Howell C. T. (1993). Are American Children´s problems getting worse? A 13-year comparsion. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 32, 1145-1154.
- Achenbach T. M., et al. (1991). National Survey of problems and competencies among four -to sixteen-year-olds. Monographs of the Society for Research in Child Development, 56(3), 1-130.
- Bastiaansen D., et al. (2004). Quality of life in children with psychiatric disorders: Self-, parent, and clinical report. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43(2), 221-230.
- Bredel S. (2002). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten. Heidelberg: Dissertation, Ruprecht- Karls- Universität, Heidelberg.
- Bredel S., et al. (2004). Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten - Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 53, 256-276.
- Brenner H. D. (1988). Methoden der evaluativen Forschung. In Remschmidt H. und Schmidt M. H. (Hsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis (Band I), Stuttgart: Thieme, S. 338-351.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000a). SPSS 9, Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. München: Addison- Wesley (224-226)
- Bühl A. und Zöfel P. (2000b). SPSS 9. Einführung in die modere Datenanalyse. In (Hsg.), Varianzanalyse, München: Addison Wesley Verlag, S. 370-395.
- Bühl A. und Zöfel P. (2000c). SPSS 9. Einführung in die moderne Datenanalyse. München: Addison Wesley Verlag.
- Bundesministerium (2002). Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (1996). Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in Psychiatrischen Kliniken. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Erlbaum.
- Deutsche Gesellschaft (2007). Leitlinie für die Grundlage der Psychotherapie im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Köln, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und dem Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007). Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 3. Auflage.
- Döpfner M. und Lehmkuhl G. (1998). Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM IV - DISYPS-KJ. Bern, Hans Huber.
- Döpfner M., et al. (1993). Die Psychopathologische Befund-Dokumentation: Ein Verfahren zur Beurteilung

- psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 21, 90-100.
- Döpfner M., et al. (2000). Diagnostik psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Döpfner M., et al. (1998). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. Zeitschrift für Klinische Psychologie, 27 (1), 9-19.
- Döpfner M., et al. (1994). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Handbuch. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung der Child Behavior Checklist (CBCL). Köln, KJFD Arbeitsgruppe Kinder- Jugend und Familiendiagnostik.
- Döpfner M., et al. (1996). Verhaltensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, den Niederlanden und den USA. Der Nervenarzt, 67, 960-967.
- Eisert H. G. (1986). Programmevaluation - Definitorische, konzeptuelle und praktische Probleme. In Remschmidt H. und Schmidt M. H. (Hsg.), Therapieevaluation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Stuttgart: Enke, S. 1-25.
- Elkemann U. (2006). Prospektive Feldstudie zur psychosomatischen Konsiliararbeit mit Eltern und Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. Münster: Dissertation Westfälische Wilhelms-Universität.
- Finsterer I. (2008). Behandlungs- Zufriedenheit von Patienten einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik - eine Nachbefragung. München: Dissertation, Ludwig- Maximilians- Universität.
- Fischer G. (1999). Medizinische Forschung an Minderjährigen - Nationale Regeln und zivilrechtliche Sanktionen. In Fegert J. M., Häßler F. und Rothärmel S. (Hsg.), Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie, Stuttgart: Schattauer, S. 69-80.
- Hannöver W., et al. (2000). Patientenzufriedenheit - ein Maß für Behandlungserfolg? Psychotherapeut, 45, 292-300.
- Hirschberg R. und Peiser A. (2006). Kontrakte im Rahmen der gruppentherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie BKJPP, 8-28.
- Keller F., et al. (2006). Behandlungsbewertungen von Jugendlichen im Verlauf einer stationär-psychiatrischen Behandlung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34 (5), 367-376.
- Lebow J. L. (1982). Consumer satisfaction with mental health treatment. Psychological Bulletin, 91, 244-259.
- Lebow J. L. (1983). Research assessing consumer satisfaction with health treatment: A review of findings. Evaluation and program planning, 6, 211-236.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1993). Evaluation von Therapien mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen: Entwicklung und Überprüfung eines Fragebogens zur Beurteilung und Behandlung (FBB). Zeitschrift für klinische Psychologie, 22 (2), 192-233.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (1998). Fragebögen zur Beurteilung der Behandlung (FBB). Göttingen, Hogrefe.
- Mattejat F. und Remschmidt H. (2005). Therapiezufriedenheit bei Behandlungsende und im katamnästischen Rückblick. Ergebnisse aus einer unausgewählten stationären Inanspruchnahmepopulation. In F. Resch (Hsg.), Die Sprache in der Kinder- und Jugendpsychiatrie - Zur Bedeutung kommunikativer Prozesse in Diagnostik, Therapie und Forschung - XXIX. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Heidelberg, 16.-19. März 2005 - Die Abstracts, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 141.
- Mattejat F., et al. (2006). kjp-Qualität: Modell-Forschungsprojekt zur Qualität kinder- und

- jugendpsychiatrischer Behandlungen. Marburg: Arbeitsgruppe kjp-Qualität.
- Noterdaeme M., et al. (2005). Die Basisdokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Auswertungen und Erfahrungen. In Frank R. (Hsg.), Rehabilitation von Jugendlichen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen, Freiburg: Lambertus, S. 40-52.
- Pihlakoski L., et al. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. Eur Child Adolesc Psychiatry, 15, 409-417.
- Plück J., et al. (1997). Die Bedeutung unterschiedlicher Informationsquellen bei der Beurteilung psychischer Störungen im Jugendalter - ein Vergleich von Elternurteil und Selbsteinschätzung der Jugendlichen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 46, 566-582.
- Pohl P. und Gottmann M. (2006). Elternfragebogen für Kinder mit Lern- und Verhaltensproblemen. Persönliche Mitteilung.
- Remschmidt H. (1988). Die Rolle der Entwicklungsdimension: Entwicklung - Reifung - Lernen. In Remschmidt H. und Schmidt M. H. (Hsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 130-137.
- Remschmidt H., et al. (2001). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.
- Robert-Koch-Institut (2007a). KiGGS- Studie - die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Verfügbar unter: <http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/index.html>.
- Robert-Koch-Institut (2007b). Modul Psychische Gesundheit (BELLA- Studie). Verfügbar unter: <http://www.kiggs.de/experten/fachbeitraege/index.html>
- Rutter M. und Smith D. J. (1995). Psychological disorders in young people: time trends and their causes. Chichester, Wiley.
- Schmeck K. (2003). Temperament und Geschlecht. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 151, 594-600.
- Sozialgesetzbuch (1988). SGB- V, Gesetzliche Krankenversicherung, neunter Abschnitt, Sicherung der Qualität der Leistungserbringung § 135ff. Bonn, Bundesministerium der Justiz.
- Stevens G. W. J. M., et al. (2005). Emotional and behavioural problems in Moroccan, Turkish and Dutch youth in the Netherlands. Dutch journal of psychiatry, 47, 11, 779-786.
- Widdern S. v., et al. (2004). Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung- Wie beurteilen sich Jugendliche in einer nordost- deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat., 53, 652-673.
- Wittmann W. W. (1985). Evaluationsforschung. Berlin, Springer.

6 ANHANG

6.1 ANSCHREIBEN AN DIE ELTERN

Sehr geehrte Familie <NAME>

Vor einiger Zeit waren Sie mit Ihrem Kind <VORNAME> zur Beratung in unserer Poliklinik. Wir möchten gerne erfahren, wie Sie den Kontakt zum Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nachhinein bewerten und wie es Ihrem Kind jetzt geht.

Aus diesem Grunde schicken wir Ihnen heute zwei Fragebögen. Ihre Antwort wird uns helfen, unsere Arbeit besser zu gestalten. Bitte unterstützen Sie unsere Bemühungen dadurch, dass Sie die beiden Fragebögen ausfüllen und mit dem beiliegenden frankierten Umschlag zurücksenden!

Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und Mitarbeit!

PD Dr. R. Frank
(Kinderarzt, Kinder-
u. Jugendpsychiater,
Leiter der Poliklinik)

Thomas Schunck
(cand. med.)

6.2 ERSTES ERINNERUNGSSSCHREIEBEN

Sehr geehrte Familie <NAME>

Vor ungefähr vier Wochen haben wir Ihnen 2/4 Fragebögen zur Beurteilung der Beratung im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeschickt. Möglicherweise hatten Sie in den Pfingstferien nicht die Gelegenheit oder die Zeit, uns diese Fragebögen ausgefüllt zurückzuschicken.

Wir möchten Sie nun noch einmal herzlich bitten, an unserer Befragung teilzunehmen. Haben Sie bitte keine Bedenken, auch negative Kritik zu äußern. Gerade auch die Dinge, die von Ihrer Seite kritisch gesehen werden interessieren uns. Schließlich soll die Befragung dazu dienen, die Beratung der Patienten zu verbessern. Dabei sind wir auf Ihre Hilfe angewiesen!

Deswegen legen wir noch einmal unsere Fragebögen bei, mit der Bitte, sie ausgefüllt an uns zurückzusenden.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen!

PD Dr. R. Frank
(Kinderarzt, Kinder-
u. Jugendpsychiater)

Thomas Schunck
(cand. med.)

6.3 ZWEITES ERINNERUNGSSCHREIBEN

Sehr geehrte Familie <NAME> ,

noch einmal möchten wir Sie herzlich um Ihre Mithilfe bei unserer Fragebogenaktion bitten.

Diese Umfrage dient zur Sicherung der Qualität und zur Verbesserung der Beratung im Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und steht damit im Interesse zukünftiger Patienten und deren Eltern.

Wenn Sie sich nicht dazu entschließen können, den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückzusenden, so wäre auch die Angabe der Gründe, aus denen Sie so denken, für uns sehr hilfreich und aufschlussreich.

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen!

PD Dr. R. Frank
(Kinderarzt, Kinder-
u. Jugendpsychiater,
Leiter der Poliklinik)

Thomas Schunck
(cand. med.)

6.4 Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBB) (Mattejat und Remschmidt 1998)

Die Aussage trifft zu:

0 = überhaupt nicht

1 = kaum

2 = teilweise

3 = überwiegend

4 = ganz genau

1.	Die Behandlung in der Klinik war für mein Kind hilfreich.	0	1	2	3	4
2.	Der Therapeut hatte Verständnis für unsere Situation.	0	1	2	3	4
3.	Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.	0	1	2	3	4
4.	Ich wurde über Sinn und Zweck der Behandlung und über ihren Verlauf ausreichend informiert.	0	1	2	3	4
5.	Wir kommen in unserer Familie jetzt besser miteinander aus als vor der Therapie.	0	1	2	3	4
6.	Ich hatte Vertrauen zu dem verantwortlichen Therapeuten.	0	1	2	3	4
7.	Der Therapeut verstand das Wesentliche von den Problemen, die uns hierher gebracht haben.	0	1	2	3	4
8.	Der Therapeut hat mich in jeder Hinsicht vollkommen verstanden	0	1	2	3	4
9.	Ich konnte mit dem Therapeuten offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.	0	1	2	3	4
10.	Ich habe mich über den Therapeuten geäußert.	0	1	2	3	4
11.	Der Therapeut war mir sympathisch.	0	1	2	3	4
12.	Im Verlaufe der Behandlung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4
13.	Der Therapeut und ich kamen gut miteinander aus.	0	1	2	3	4
14.	Ich war mit allen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung völlig einverstanden.	0	1	2	3	4
15.	Ich würde die Klinik Freunden und Bekannten empfehlen.	0	1	2	3	4
16.	Ich fühlte mich ausreichend in die Therapie einbezogen.	0	1	2	3	4
17.	Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlaufe der Behandlung gebessert.	0	1	2	3	4
18.	Durch die Gespräche mit dem Therapeuten bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	0	1	2	3	4
19.	Im Verlaufe der Behandlung haben sich auch meine eigenen Probleme gebessert.	0	1	2	3	4
20.	Im Verlaufe der Behandlung bin ich auch für mich ein Stück weiter gekommen.	0	1	2	3	4
21.	Ich bin mit der Behandlung zufrieden.	0	1	2	3	4

6.5 Modifizierter Fragebogen zur Beurteilung der Behandlung (FBBm)

BEFRAGUNG NACH AMBULANTER VORSTELLUNG IN DER POLIKLINIK DES INSTITUTS FÜR KINDER-UND JUGENDPSYCHIATRIE

Fragebogen-Nummer: Eltern

Datum: _____

Ausgefüllt von: Mutter Vater Andere

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Beratung für Ihr Kind bei uns erfahren haben.

Überprüfen Sie bitte inwieweit folgende Aussagen zutreffen:

Die Aussage trifft zu:

0 = überhaupt nicht

1 = kaum

2 = teilweise

3 = überwiegend

4 = ganz genau

1.	Das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist telefonisch gut erreichbar.	0	1	2	3	4
2.	Die Mitarbeiter des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten Verständnis für unsere Situation.	0	1	2	3	4
3.	Als Familie kommen wir jetzt besser miteinander aus.	0	1	2	3	4
4.	Ich hatte Vertrauen zu den Mitarbeitern des Instituts für Kinder- und Jugendpsychiatrie.	0	1	2	3	4
5.	Die Mitarbeiter verstanden das Wesentliche von den Problemen, die Anlass unseres Kommens waren.	0	1	2	3	4
6.	Ich konnte mit den Mitarbeitern offen reden.	0	1	2	3	4
7.	Ich fühlte mich ausreichend in die Beratung einbezogen.	0	1	2	3	4
8.	Ich habe mich über die Mitarbeiter geärgert.	0	1	2	3	4
9.	Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Beratung gebessert.	0	1	2	3	4
10.	Durch die Gespräche mit den Mitarbeitern bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.	0	1	2	3	4
11.	Im Verlaufe der Beratung bin ich auch für mich persönlich ein Stück weitergekommen.	0	1	2	3	4
12.	Im Verlauf der Beratung konnte ich mein Verhalten gegenüber meinem Kind positiv verändern.	0	1	2	3	4
13.	Die gemeinsame Besprechung mit den verschiedenen Berufsgruppen (Arzt, Psychologin, Sozialpädagogin) hat für uns zum Verständnis beigetragen.	0	1	2	3	4
14.	Ich wurde über Sinn und Zweck der Behandlungsempfehlungen ausreichend informiert.	0	1	2	3	4
15.	Mit den Vorschlägen für eine weiterführende Behandlung war ich einverstanden.	0	1	2	3	4
16.	Der Abschlussbrief war verständlich.	0	1	2	3	4
17.	Ich konnte die Aussagen des Abschlussbriefes akzeptieren	0	1	2	3	4
18.	Ich würde bei einem anderen Problem wieder hierher kommen.	0	1	2	3	4
19.	Ich würde das Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie Freunden und Bekannten empfehlen.	0	1	2	3	4
20.	Insgesamt war ich mit der Beratung zufrieden.	0	1	2	3	4

Kritik und Anregungen:

Wie geht es Ihrem Kind jetzt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

6.6 Einflussvariablen der Basisdokumentation

Einfluss des Alters zum Zeitpunkt der Befragung auf die Zufriedenheit mit der Beratung: Vergleich der Zufriedenheit der Eltern mit der Zufriedenheit der Jugendlichen (Finsterer 2008).

Tabelle 20: Einfluss des Alters auf die Zufriedenheit der Jugendlichen

			Gesamtzufriedenheit unterteilt in zufrieden-unzufrieden		
			unzufrieden	zufrieden	Gesamt
ALTERSEINTEILUNG bei Beginn der Therapie	unter 11 Jahren	Anzahl	0	9	9
		% von ALTERSEINTEILUNG bei Beginn der Therapie	,0%	100,0%	100,0%
	11 - 18 Jahre	Anzahl	8	40	48
		% von ALTERSEINTEILUNG bei Beginn der Therapie	16,7%	83,3%	100,0%
	über 18 Jahre	Anzahl	1	5	6
		% von ALTERSEINTEILUNG bei Beginn der Therapie	16,7%	83,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	9	54	63	
	% von ALTERSEINTEILUNG bei Beginn der Therapie	14,3%	85,7%	100,0%	

Tabelle 21: Einfluss des Alters auf die Zufriedenheit der Eltern

Kreuztabelle

			Gesamt zufrieden unzufrieden		Gesamt
			wenig zufrieden	viel zufrieden	
Alter bei Befragung	unter 11 Jahren	Anzahl	6	27	33
		% von Alter bei Befragung	18,2%	81,8%	100,0%
Gesamt	11-18 Jahre	Anzahl	4	58	62
		% von Alter bei Befragung	6,5%	93,5%	100,0%
		Anzahl	10	85	95
		% von Alter bei Befragung	10,5%	89,5%	100,0%

Tabelle 22: Einfluss der familiären Belastung auf die Elternzufriedenheit

			wenig zufrieden	viel zufrieden	Gesamt
Achse V	unauffällig	Anzahl	7	27	34
		% von Achse V	20,6%	79,4%	100,0%
	leicht auffällig	Anzahl	2	33	35
		% von Achse V	5,7%	94,3%	100,0%
	auffällig	Anzahl	0	16	16
		% von Achse V	,0%	100,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		9	76	85
	% von Achse V		10,6%	89,4%	100,0%

7 ZUSAMMENFASSUNG

ZIEL UND GEGENSTAND der vorliegenden Arbeit an der Poliklinik der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München war im Rahmen der Qualitätssicherung die **Erhebung der Zufriedenheit** von Eltern mit der Behandlung ihres Kindes, die **Ermittlung von Einflussvariablen auf die Zufriedenheit** und das **Entwickeln von Verbesserungsvorschlägen** in der Behandlung und der Befragung. Zur **Beurteilung eines langfristigen Verlaufes** wurden Entwicklungsdaten zu unterschiedlichen Erhebungs- Zeiten im Vergleich erhoben.

METHODIK

Es bestehen vier parallele Arbeiten zur Befragung von Patienten, deren Eltern, der behandelnden Ärzte und Jugendhilfe- Beteiligten von insgesamt 138 Familien. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Eltern der 135 konsekutiv vorgestellten Kinder drei Jahre nach Abschluss der Behandlung, die im Zeitraum der Jahre 1999 und 2000 zur ambulanten Beratung oder Behandlung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig- Maximilians- Universität in München gewesen waren. Eingeschlossen waren Einmalkontakte, ausgeschlossen waren Gutachtensfragestellungen. Die Basisdokumentation erfasst die Ausgangsdaten der Jahre 1999 und 2000. Der Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Behandlung (FBB) und der Verhaltens- Fragebogen nach Achenbach (CBCL) wurden 2002 erhoben. Bei einer Teilstichprobe von 41 lag ein Verhaltensfragebogen (Achenbach und Edelbrock 1983) während der Behandlung und bei der Nachbefragung vor.

ERGEBNISSE

101 Eltern antworteten nach drei Aussendungen und mit Hilfe einer zusätzlichen Telefonaktion (Rücklaufrate 75%).

Die **Zufriedenheit** der Eltern ist insgesamt hoch. Allerdings bestehen unterschiedliche Antworttendenzen für den Bereich der Prozessqualität und den Bereich der Ergebnisqualität: Der Verlauf der Beratung ist ein bedeutender Einflussfaktor für die Elternzufriedenheit, unabhängig vom Ergebnis der Beratung.

Die Eltern zeigen sich zufriedener mit dem Verlauf der Beratung als mit dem Ergebnis.

Die Gesamt- Zufriedenheit ist in allen Studien hoch und vergleichbar. Die Prozessqualität erhält eine bessere Beurteilung als die Ergebnisqualität (Remschmidt und Mattejat 2002).

Die Zufriedenheit nimmt im Lauf von drei Jahren nach Behandlung ab (Mattejat und Remschmidt 2005b).

Bei einer Teilstichprobe von 41 lag ein Verhaltensfragebogen (Achenbach und Edelbrock 1983) während der Behandlung und bei der Nachbefragung vor.

Der **Entwicklungsverlauf** dieser 41 Patienten wurde nach drei Jahren aus Sicht der Eltern beurteilt: Der Gesamtwert der Verhaltensauffälligkeiten besserte sich deutlich, externalisierende Störungen mehr als internalisierende Störungen. Bei Kindern mit externalisierenden Störungen sind die Eltern weniger zufriedener, bei internalisierenden Störungen zufriedener mit dem Erfolg der Behandlung.

Die **Einflussvariablen der Zufriedenheit** sind das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Befragung, der Gesamtwert des Problemverhaltens und das Ausmaß an externalisierenden und internalisierenden Störungen, sowie der Grad der familiären Belastung (Diagnose Achse V).

Bezüglich der Zufriedenheit mit der Beratung/Behandlung bestehen Diskrepanzen in den Beobachtungs- und Beantworttendenzen der Eltern und Jugendlichen.

DISKUSSION

Die Münchner Studie wurde mit anderen Zufriedenheits- Studien aus dem Bereich der stationären Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Marburg und Heidelberg und der ambulanten Behandlung in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis in Hildesheim und ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Praxen aus der gesamten BRD verglichen.

Die Ergebnisse der Münchner Studie sind mit den anderen ambulanten Settings vergleichbar. In allen Stichproben findet man unter verschiedenen Rahmenbedingungen die gleichen Muster an Zufriedenheit. Die Ergebnisse der Befragung der Eltern stimmen mit den Ergebnissen anderer Elternbefragungen mit dem gleichen Untersuchungsinstrument gut überein.

Die Berücksichtigung der Einflussvariablen und der freien Kommentare der Befragten geben Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten in der täglichen klinischen Arbeit. In naher Zukunft wäre es wünschenswert, wenn eine Kurzversion mit den wichtigsten Fragen zur Zufriedenheit mit dem *Erfolg der Behandlung* und dem *Verlauf der Behandlung* in der Routinediagnostik einen Platz einnehmen könnte. Aufgrund besserer Praktikabilität und leichter Anwendung in der Praxis ist die Verwendung der Kurzversion sinnvoll. Die Verwendung der Vollversion zu detaillierten wissenschaftlichen Forschungen ist wünschenswert.

Eine vergleichende Darstellung und ein Zusammenschluss der vier Arbeiten zu einer Routine Befragung in Kurzform mit Entwicklung eines Rückmelde- Systems an Ärzte und Patienten ist in Bearbeitung.

Für Befragung und Auswertung in der Routineversorgung müssen Ressourcen geschaffen werden, da der Aufwand insgesamt komplex und aufwendig ist.

Mit den vorhandenen Ressourcen kann die gesetzliche Forderung von Patientenbefragungen als Teil der Qualitätssicherung (Bundesvereinigung 03.02.2006) nicht stattfinden.

Es sollte eine große Herausforderung für alle Helfersysteme sein, trotz aktueller Sparmaßnahmen im zunehmend gewinnorientierten und rationalisierten Gesundheitswesen besser miteinander zu kooperieren und das Hilfeangebot für hochauffällige Kinder/Jugendliche und Familien zu verbessern.

Im Rahmen dieser Studie konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Beziehung zum behandelnden Therapeuten im hohen Maße die Zufriedenheit mit dem Verlauf der Beratung beeinflusst und dass die Empathie des Therapeuten und der verständnisvolle Umgang mit den Eltern von hoher Bedeutung sind. Außerdem hat mich meine eigene klinische Tätigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gelehrt, dass sich in vielen Fällen ein guter „Verlauf der Beratung“ auch positiv auf das Beratungs- und Behandlungsergebnis auswirkt.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

Name: Thomas Schunck
Geburtsdatum: 16.08.1963
Geburtsort: Eupen (Belgien)
Wohnort: Weingartenstraße 7
83342 Peterskirchen
Familienstand: Verheiratet, 3 Kinder

Ausbildung

1970-1976 Primarschule Eupen
1976-1980 Collège Patronné Eupen und
Landwirtschaftsschule La Reid
1981-1982 Rettungssanitäterlehrgang
beim Malteser Hilfsdienst in Aachen
1983-1987 Krankenpflegeausbildung
in der Krankenpflegeschule St. Nikolaus in Eupen
1990-1993 Abendgymnasium Aachen
1995 Tropenmedizinische Fortbildung in La Louvière
1996-2005 Studium der Humanmedizin
an der Universität zu Köln und LMU München
2002-2008 Dissertation

Beruflicher Werdegang

1982-1987 Ehrenamtlicher Rettungssanitäter
beim Malteser Hilfsdienst Aachen
1984-1985 Zivildienst als Krankenpflegehelfer
im St. Nikolaus Krankenhaus in Eupen
1987-1995 Mobile Krankenpflege
beim Gelb-Weißen Kreuz in Lüttich
1995-1996 Krankenpfleger
im Universitätskrankenhaus CHU in Lüttich
2005-2006 Assistenzarzt im Bezirksklinikum Gabersee
Seit 07/2006 Assistenzarzt in der Heckscher-Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Rosenheim